BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

On souscrit dans les Départements et à l'Étranger,

Chez les principaux Libraires.

Abbeville,	GRARE.
Alger,	L. HACHETTE et Cie.
Amiens,	PRÉVOST-ALLO.
Amsterdam,	CAARELSEN. VAN BAKKENES.
Angers,	BARASSÉ frères.
Arras,	TOPINO.
Athènes,	A. NAST.
Beauvais,	TREMBLAY.
Berlin,	A. DUNCKER. HIRSCHWALD.
Besançon,	BINTOT.
Bordeaux,	CHAUMAS, DELPECH, CH. LAWALLE.
Brest,	LEPONTOIS, ROBERT.
Bruxelles,	PÉRICHON, TIRCHER.
Caen,	MANOURY.
Châlons-sur-Marne,	BONNIEZ-LAMBERT.
Copenhague	HOST et Cie.
Dijon,	LAMARCHE et Cie.
Dublin,	FANNIN et Cie. HODGES, SMITH et Cie.
Édimbourg,	MACLACHLAN et STEWART.
Florence,	PIATTI, RICORDI et JOUHAUD.
Gand,	HOSTE.
Gênes,	A. BEUF.
Genève,	CHERBULIEZ et Cie.
Havre,	COCHARD.
Laon,	LECOINTE.
La Rochelle,	BOUTET.
Leipzig,	MICHELSEN. BROCKHAUS et AVENARIUS.
Leide,	BRILL. VANDER HŒCK.
Liége,	J. DESŒR.
Lille,	ÉMILE DURIEUX.
Limoges,	MARMIGNON.
Lisbonne,	ROLLAND et SEMIOND.
Louvain,	VAN ESCH.
Lyon,	SAVY jeune.
Madrid,	CAS. MONIER, JAYMEBON.
Metz,	BRENON, LORETTE, WARION.
Mexico,	H. BRUN.
Milan,	DUMOLARD frères.
Montpellier,	L. CASTEL, SEVALLE.
Montreuil-sur-Mer,	LEBORGNE.
Moscou,	GAUTHIER, RENAUD, URBAIN.
Nantes,	FOREST aîné.
Nancy,	GONET, GRIMBLOT et Cie.
Naples,	P. DUFRESNE. G. NOBILE.
Orléans,	GATINEAU, PESTY.
Palerme,	A. MURATORI.
Périgueux,	BAYLÉ.
Perpignan,	ALZINE, AY, JULIA frères.
Poitiers,	PICHOT.
Porto,	A. MORÉ.
Reims,	BRISSARD-PERSON.
Rennes,	DENIEL, VERDIER.
Rochefort,	PENARD.
Rome,	P. MERLE.
Rotterdam,	KRAMERS.
Rouen,	LEBRUMENT.
St-Pétersbourg,	BELLIZARD et Cie. HAUER et Cie. ISSAKOFF.
Soissons,	Mme VANTAGES.
Strasbourg,	DERIVAUX, LEVRAULT, TREUTTEL et WÜRTZ.
Toulon,	MONGE et VILLAMUS.
Toulouse,	GIMET, DELBOY, SENAC.
Tours,	AIGRE.
Troyes,	FEBVRE.
Turin,	J. BOCCA. CH. SCHIEPATTI. TOSCANELLI frères.
Valparaiso,	FLOURY.
Vienne,	P. ROHRMANN.

A Marseille, pour le midi de la France, l'Algérie, etc., chez JN.-JH. IMBERT, rue du Petit-Saint-Jean, 38.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.
(Quartier de l'École-de-Médecine.)

BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE TOUS LES OUVRAGES DE CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE,
DE TOUTES LES MONOGRAPHIES,
DE TOUS LES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,
ANCIENS ET MODERNES, PUBLIÉS EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER;

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

Sous la Direction du Docteur FABRE,
Chevalier de la Légion-d'Honneur,

AUTEUR DU DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,
RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE DES HÔPITAUX.

OUVRAGE ADOPTÉ PAR L'UNIVERSITÉ
pour les Facultés de Médecine et les Écoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie de France, et par le Ministère de la guerre, sur la proposition du Conseil de santé des armées, pour les hôpitaux d'instruction.

Tome Onzième.

TRAITÉ DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
ET DE SES ANNEXES.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,
Rue de l'École-de-Médecine, 17;
à Londres, chez H. Baillière. 219, Regent-Street.
A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.
1849.

BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

NEUVIÈME SÉRIE.

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE SES ANNEXES.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DES LÈVRES, DE LA BOUCHE, DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES ACCIDENTELLES DES LÈVRES (1).

Les maladies accidentelles des lèvres comprennent principalement des solutions de continuité et des tumeurs. Si à ces deux grandes divisions on ajoute l'inflammation des lèvres, leur tuméfaction et leur hypertrophie, enfin les rétractions et coarctations dont elles peuvent être le siége, à la suite des plaies ou des brûlures, on aura l'ensemble des affections chirurgicales de ces organes.

ARTICLE PREMIER.

Plaies des lèvres.

Les solutions de continuité des lèvres embrassent les plaies et les ulcères simples, dartreux, scrofuleux, scorbutiques, chancreux et vénériens.

Les plaies des lèvres, comme celles des autres régions, doivent être divisées en : 1° plaies par instruments piquants; 2° plaies par instruments tranchants; 3° plaies par instruments contondants.

1° Les plaies par *instruments piquants* ne méritent point une description particulière. On se figure aisément qu'elles peuvent présenter une foule de variétés suivant les dimensions de l'instrument piquant, la profondeur à laquelle il a pénétré et la portion de la lèvre qui a été atteinte. Une particularité, qu'il est cependant important de signaler, c'est que ces sortes de plaies sont susceptibles de causer des inflammations plus ou moins violentes. On a vu, dans certains cas, ces inflammations, abandonnées à elles-mêmes, amener la gangrène ou se terminer par suppuration. Ces complications se rencontrent principalement lorsque l'instrument vulnérant est chargé d'une substance irritante ou septique.

Les lotions froides, les applications émollientes, tels sont les moyens à opposer aux plaies par instruments piquants.

2° Les plaies par *instruments tranchants* présentent deux variétés principales: l'une est relative à leur profondeur, l'autre à leur direction.

Dans la première variété, l instrument tranchant se borne quelquefois à diviser simplement les téguments: d'autres fois il incise en même temps une partie ou la totalité du muscle orbiculaire; enfin il peut couper la lèvre dans toute son épaisseur

Dans toutes ces circonstances, une prompte réunion est indiquée. L'extrême vascularité des parties, et par conséquent leur tendance à l'agglutination, la circonstance d'une hémorrhagie sont autant de raisons qui demandent et exigent le rap-

(1) Voir les *Maladies des enfants* pour les maladies congéniales et entre autres le bec-de-lièvre, *Bibliothèque*, t. V, p. 411 et suiv.

prochement des bords de la solution de continuité. La ligature des vaisseaux serait un moyen superflu et même nuisible de remédier à l'hémorrhagie.

Lorsque la plaie est superficielle et bornée aux téguments, il suffit d'un emplâtre agglutinatif pour la réunir; quelle que soit d'ailleurs sa longueur ou sa direction, toujours la cicatrisation s'opère rapidement.

Quand, au contraire, la plaie est profonde, et que les fibres musculaires sont divisées, les bords de la solution de continuité sont écartés, et par la rétraction des fibres musculaires elles-mêmes, et par l'inflammation qui survient secondairement. A ces causes s'en ajoute une troisième, l'action des muscles antagonistes, lorsque le muscle est coupé en travers. La réunion devient alors difficile; elle exige le concours des agglutinatifs et du bandage unissant; la position est insuffisante à produire un contact exact; les bandages unissants, comme Louis l'a fait remarquer, ont plus d'efficacité dans cette circonstance, en raison de l'adhérence intime des muscles à la peau. Mais le procédé le plus sûr est, sans contredit, celui qui consiste à pratiquer quelques points de suture entortillée. Observons, comme l'a fait Boyer, « qu'on a bien moins en vue de résister à la rétraction des muscles que de conserver les lèvres de la plaie dans un niveau parfait, et de procurer une simple cicatrice linéaire et très peu difforme. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 332.)

Relativement à la manière dont on doit pratiquer la suture, nous empruntons à M. Nélaton les remarques suivantes : « Si toute la couche musculaire est divisée, il faut comprendre dans la suture une grande épaisseur de la lèvre, au moins les deux tiers. De cette manière on rapproche le fond de la plaie aussi bien que la surface, et l'on prévient l'hémorrhagie. Celle-ci, en effet, bien qu'assez rare, est possible cependant, alors que les aiguilles sont placées assez loin des artères coronaires pour laisser béante la partie postérieure de la plaie. Le sang continue alors à couler dans la bouche, et comme on recommande au malade d'avaler sa salive plutôt que de cracher, l'écoulement sanguin peut continuer au point de compromettre la vie. On cite, en effet, des cas où des individus ont succombé dans des circonstances semblables. On comprend combien ce danger doit être grand chez les enfants. » (Nélaton, *Pathologie externe*, t. II, p. 696.)

La réunion n'arrête pas toujours l'hémorrhagie; il faut alors recourir à la ligature ou à la compression. La ligature ne convient pas lorsque l'incision ne pénètre point jusque dans l'intérieur de la bouche. Boyer dit avoir employé avec succès, pour exercer la compression, une lame de plomb recourbée, dont une extrémité était appliquée sur l'intérieur de la joue, et l'autre sur son extérieur.

3° Les plaies par *instruments contondants* diffèrent des précédentes par l'inégalité de leurs bords et de leur surface; elles présentent d'ailleurs l'ensemble des caractères généraux propres aux plaies contuses et reconnaissent les mêmes causes.

Lorsque la contusion est médiocre, elles doivent être, comme les autres, immédiatement réunies. Quand, au contraire, la contusion a été violente, et qu'elle a déterminé un gonflement considérable, il faut attendre, pour opérer la coaptation, que les lèvres de la plaie soient dégorgées et couvertes de bourgeons charnus, et, comme alors, suivant l'observation de Boyer, la consolidation est beaucoup plus lente que dans les plaies saignantes, la suture ne convient point, parce que le long séjour des fils donnerait lieu à la section des parties qu'ils embrassent avant la cicatrisation de la plaie. On devra donc se servir des emplâtres agglutinatifs et du bandage unissant.

Lorsque le gonflement n'est pas trop considérable, on peut essayer de régulariser la plaie et tenter une réunion immédiate; on évite ainsi les cicatrices plus ou moins difformes qui sont le résultat d'une réunion par suppuration.

Enfin lorsqu'une partie de la lèvre est complétement désorganisée, ou tellement altérée que l'on doit s'attendre à une cicatrice vicieuse et repoussante, il faut emporter cette partie en la comprenant entre deux incisions qui se joignent à angle aigu, puis réunir comme on fait dans le bec-de-lièvre ou après l'extirpation du cancer.

Les plaies contuses des lèvres sont dues, dans un grand nombre de cas, à des projectiles lancés par des armes à feu. Nous allons en rapporter une observation, curieuse d'ailleurs à plus d'un titre.

Obs. 1. *Plaie à la lèvre inférieure et à la langue; fracture de l'os maxillaire inférieur; guérison.*

« Le nommé Veillon Jean, garçon boulanger, âgé de dix-neuf ans, a été frappé par une balle qui a divisé le bord libre de la lèvre inférieure, le côté droit de la base de la langue, et qui est sortie à la partie postérieure du cou, au-dessus et au dehors de l'occipital, derrière le pavillon de l'oreille, après avoir brisé les dents incisives. Le blessé éprouve de la difficulté à avaler, et ne peut faire entendre que quelques sons mal articulés.

» Transporté à l'Hôtel-Dieu douze heures après l'événement, il accuse une douleur vive dans toute la face, et ne peut faire exécuter à la tête et au cou que des mouvements très bornés. On ne sent point de fracture à l'os maxillaire inférieur; mais le déplacement que l'on cherche à imprimer au corps et à la branche, pour en apprécier la mobilité, est tellement douloureux, que l'on est forcé de renoncer à toute tentative d'exploration. On distingue à la partie moyenne de la joue droite, depuis la commissure des lèvres jusqu'à la branche de la mâchoire, une corde dure, douloureuse à la pression, qui semble indiquer le trajet qu'a suivi le projectile. Il aurait alors été dévié par l'arcade dentaire, et, au lieu de traverser la bouche et le pharynx d'avant en arrière, il aurait contourné les parois latérales de la cavité buccale, en passant à la face interne de la branche de la mâchoire.

» Ce qui semblerait confirmer dans cette opinion, c'est qu'il n'est survenu aucun accident de nature à faire croire que quelques unes des parties de l'appareil digestif aient été intéressées. La déglutition, qui avait été difficile les premiers jours, s'est ensuite exécutée avec plus de facilité; les mouvements ont recouvré leur liberté, et, six jours après, le malade demandait à sortir.

» On a pratiqué une suture à la lèvre inférieure, après avoir préalablement rafraîchi les bords de la solution de continuité qui y existait.

» 17 *septembre*. Deux esquilles se sont détachées du bord libre de l'arcade alvéolaire inférieure; il a suffi, pour les enlever, d'inciser la muqueuse qui les retient; l'une d'elles supporte une des dents incisives.

» 20. La plaie située à la partie postérieure du cou s'est détergée, la suppuration y est de bonne nature. Néanmoins il est survenu depuis vingt-quatre heures un engorgement inflammatoire assez prononcé dans tout le côté droit de la joue, qui rend la déglutition difficile, et qui a augmenté la gêne que le malade ressentait lorsqu'il voulait parler ou avaler.

» 23. Le blessé dit éprouver au fond de l'arcade alvéolaire droite la sensation d'un corps mobile qu'il croit être produite par la présence d'une dent. On sent, en effet, qu'il existe dans ce point une substance assez dure qui donne la sensation d'une esquille recouverte par la muqueuse gengivale.

» Des pinces à anneaux, conduites sur le doigt, retirent un petit fragment de bois, qui, probablement, a été entraîné par la balle.

» 26. Un second morceau, analogue au premier pour la forme et la structure, est sorti de la plaie du cou.

» Dès ce moment, la tuméfaction diminue, ce qui permet bientôt de mieux apprécier les altérations qu'a subies l'os de la mâchoire. On sent, au niveau de l'union du corps avec la branche, une dépression horizontale qui semble indiquer que cette partie du maxillaire inférieur a été fracturée. La solution de continuité a dû être simple et sans aucun déplacement.

» Les plaies extérieures sont entièrement cicatrisées; les mouvements s'exécutent avec facilité.

» Le blessé est en état de quitter l'hôpital dans les premiers jours de novembre. » (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 10e année, 1er semestre, p. 141.)

On peut soupçonner, en lisant cette observation, que les plaies contuses des lèvres, lorsqu'elles sont produites par des armes à feu, sont rarement dépourvues de complications : c'est, en effet, ce qui a lieu. Cette remarque peut s'étendre aux

plaies contuses en général, quel que soit le corps contondant; elle est également applicable à un certain nombre de plaies des lèvres par instrument tranchant.

Dans cette circonstance, il arrive souvent que les diverses affections que nous venons de considérer isolément et comme maladies principales, deviennent des affections secondaires. Le pronostic dépend alors bien moins de la solution de continuité des lèvres que des lésions qui l'accompagnent, et le diagnostic, ainsi que le traitement, ont ces mêmes lésions pour objet principal.

ARTICLE II.

Ulcères des lèvres.

Les lèvres sont fréquemment le siége d'ulcérations de diverse nature. Nous les avons divisées en : 1° simples; 2° dartreuses ; 3° scrofuleuses ; 4° scorbutiques; 5° chancreuses, et 6° vénériennes.

1° *Ulcères simples.* — Les ulcères simples comprennent ce que l'on désigne communément sous le nom d'*ulcérations*, de *gerçures*, d'*excoriations*, de *fentes* et de *fissures* des lèvres.

Ils sont primitifs ou consécutifs.

Causes. — Les premiers reconnaissent pour causes l'action du froid, celle d'une chaleur artificielle très vive ou d'un air très sec. On les rencontre principalement chez les individus dont la muqueuse labiale renversée offre à l'air une large surface.

Les seconds succèdent souvent à la stomatite mercurielle; il en est qui sont la suite de plaies et de brûlures.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes ne présentent rien de particulier à noter. Quant au diagnostic, il est facile, lorsqu'on prend soin de rechercher les causes de la lésion qui nous occupe.

Traitement. — Lorsque l'ulcère se rattache à une stomatite mercurielle, il suffit, pour le faire disparaître, d'agir efficacement sur la maladie qui en est le point de départ; on pourrait l'attaquer directement par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure ou l'acide chlorhydrique combiné avec le miel rosat. Si, au contraire, l'ulcère provient des autres causes que nous avons signalées, on lui opposera les topiques gras ou astringents, l'huile d'olives, l'huile d'amandes douces, le cérat, l'onguent rosat, l'eau blanche, le cérat de Goulard, et, s'il résiste à ces moyens, la cautérisation avec le nitrate d'argent.

2° *Ulcères dartreux.* — Les ulcères dartreux des lèvres ne diffèrent point de ceux des autres parties; rarement ils se bornent à cette seule région; leur siége ne réclame aucune particularité dans le traitement.

3° *Ulcères scrofuleux.* — Les ulcères scrofuleux sont le partage des individus d'un tempérament faible et lymphatique; ils forment ordinairement un des indices les moins saillants de la cachexie scrofuleuse. On doit s'attacher à les combattre principalement par un ensemble de moyens propres à détruire la maladie générale.

4° *Ulcères scorbutiques.* — Des observations analogues sont applicables aux ulcères scorbutiques.

5° *Ulcères chancreux.* — Les ulcères chancreux se caractérisent ordinairement par la rapidité de leur marche et par l'humeur ichoreuse et fétide dont ils sont la source. Tantôt leurs bords sont durs, élevés, rouges, livides et douloureux; tantôt ils sont plats et presque insensibles.

On ne peut guérir ces ulcères qu'en les détruisant par la cautérisation, ou en les emportant par l'instrument tranchant. Il en sera parlé à l'occasion des tumeurs cancéreuses des lèvres.

6° *Ulcères vénériens.* — Les ulcères vénériens ou syphilitiques des lèvres sont primitifs ou consécutifs. Les premiers sont l'effet de l'application immédiate du virus vénérien; les seconds sont le résultat d'une infection générale. Boyer en a donné une description qui mérite d'être rapportée.

« Les ulcères vénériens primitifs des lèvres, dit-il, attaquent bien plus souvent l'inférieure que la supérieure. Les ulcères se manifestent plus ou moins longtemps après l'application du virus syphilitique sur le bord rouge des lèvres, suivant l'*activité de ce virus*, *la durée de son application et le liquide qui lui sert de véhicule.* Lorsque ce véhicule est la salive, comme cela a lieu le plus ordinairement, leur apparition est plus tardive; elle est plus prompte lorsqu'elle est amenée par du

mucus ou d'obscènes baisers. Les ulcères s'annoncent quelquefois par des démangeaisons, puis des cuissons; l'épiderme se détache, forme une vésicule dont l'ouverture laisse à nu un ou plusieurs ulcères. dont la surface est couverte de mucosités ou d'une croûte lardacée, et qui s'étendent bientôt en largeur et en profondeur. D'autres fois, et c'est ce que j'ai vu le plus souvent, l'ulcère est précédé d'un petit tubercule qui augmente par degré et devient une tumeur dure, circonscrite, livide, tantôt douloureuse, tantôt indolente, et qu'accompagne l'engorgement des glandes lymphatiques sous-maxillaires. La partie de cette tumeur qui correspond au bord libre de la lèvre s'ulcère; l'ulcération, dont les progrès sont plus ou moins rapides, s'étend toujours beaucoup plus en largeur qu'en profondeur.

» On peut, comme je l'ai fait plusieurs fois, prévenir cette ulcération en employant de bonne heure un traitement antivénérien; mais pour se déterminer à ce traitement, il faut que la nature de la maladie soit bien reconnue par le médecin qui est appelé à la traiter, et c'est ce qui n'arrive pas toujours.

» On la prend quelquefois pour une tumeur cancéreuse, et j'ai vu des médecins, très instruits d'ailleurs, regretter que l'engorgement des glandes sous-maxillaires ne permît pas de faire l'extirpation de la tumeur. La méprise est d'autant plus facile pour les personnes qui n'ont point eu occasion d'observer cette maladie, que le plus souvent on ne reçoit des malades aucun renseignement qui puisse éclairer le diagnostic. En effet, la plupart, ayant contracté la maladie d'une manière qui ne leur paraît pas capable de la produire, ne conviennent point qu'ils se sont exposés à la contagion; et parmi ceux qui l'ont gagnée par de sales baisers, il en est peu qui osent faire l'aveu de leur turpitude.

» Mais si l'on considère que la tumeur cancéreuse des lèvres ne se développe jamais aussi promptement que celle dont il s'agit ici, que les tumeurs cancéreuses ne provoquent que très tard l'engorgement des glandes lymphatiques sous-maxillaires, tandis que dans la tumeur vénérienne leur engorgement a lieu dès les premiers jours de la maladie, on distinguera aisément ces deux espèces de tumeurs l'une de l'autre.

» Le traitement des ulcères vénériens primitifs des lèvres est local et général. Si l'ulcère ou la tumeur qui le précède est douloureux et enflammé, on emploie les topiques émollients et anodins en fomentations ou en cataplasmes, et on applique les mêmes remèdes sur les glandes sous-maxillaires engorgées. Lorsqu'il n'y a ni douleur, ni inflammation, ou qu'elles sont dissipées, on panse encore avec l'onguent mercuriel double mêlé à un tiers de cérat, et on fait des lotions avec une solution très étendue de sublimé corrosif.

» Le traitement local suffirait le plus souvent pour guérir l'ulcère et la tumeur sur laquelle il est établi, mais si l'on s'en tenait à ce traitement, le virus n'étant pas détruit, le malade resterait exposé aux effets consécutifs de ce virus; or, c'est pour prévenir ces effets qu'on doit faire subir au malade un traitement antivénérien complet.

» Les ulcères vénériens consécutifs sont les suites d'une infection vénérienne générale, et sont presque toujours accompagnés d'autres symptômes syphilitiques. Ils occupent ordinairement la commissure des lèvres; leur surface est couverte d'une espèce de couenne blanchâtre et ne fournit presque point de matière. On voit près de l'ulcère, sur l'une et l'autre lèvre, une excroissance aplatie peu élevée, et plus ou moins étendue en longueur et en largeur; l'aspect de ces ulcères, les circonstances commémoratives, l'existence d'autres symptômes vénériens ne laissent aucun doute sur leur nature. Les ulcères peuvent subsister longtemps sans faire des progrès bien remarquables.

» Ils cèdent facilement et promptement aux topiques mercuriels, et surtout à un mélange d'onguent napolitain double et de cérat. Mais il faut faire subir au malade un traitement antivénérien général et complet. » (Boyer, *loc. cit.*, t. VI, p. 336.)

ARTICLE III.

Tumeurs des lèvres.

Les tumeurs des lèvres peuvent être divisées comme il suit: Tumeurs inflammatoires, tumeurs enkystées, tumeurs fon-

gueuses ou érectiles, tumeurs cornées, tumeurs épidermiques, tumeurs cancéreuses.

Nous allons successivement les étudier.

§ I. Tumeurs inflammatoires.

Les tumeurs inflammatoires des lèvres comprennent : l'*anthrax* et le *furoncle*, les tumeurs *phlegmoneuses*, les tumeurs *aphtheuses*, et une variété particulière de tumeurs que l'on a longtemps confondue avec les aphthes, et dont Blandin a donné la description.

A. *Anthrax et furoncle.* — Le peu de tissu cellulaire qui entre dans la composition des lèvres et le défaut de graisse, y rendent le furoncle et l'anthrax assez rares.

Ces deux affections se développent dans cette région sous l'influence des mêmes causes que dans les autres parties du corps ; elles ne présentent, dans leurs caractères et leur évolution, aucune particularité qui mérite d'être signalée.

Boyer conseille de les traiter par des topiques émollients et relâchants, qui favorisent la suppuration au moyen de laquelle se trouve éliminé le bourbillon formé au centre de la tumeur.

B. *Tumeurs phlegmoneuses.* — Les tumeurs phlegmoneuses des lèvres offrent deux variétés, les unes ont tous les caractères des abcès et ne méritent point de descriptions particulières ; elles sont très rares ; elles se terminent ordinairement par suppuration, et fournissent un pus d'une odeur extrêmement fétide. Les autres consistent en de petites loupes résultant de l'engorgement des follicules qui abondent dans les lèvres.

« Nous en avons observé quelques unes, dit Blandin, qui n'offraient rien du tout de spécial ; mais, dans quelques cas, ces petites tumeurs s'enflamment, s'ulcèrent, elles déterminent des douleurs vives et lancinantes, et elles peuvent facilement être confondues avec des tumeurs cancéreuses véritables. Un malade qu'un médecin nous avait envoyé à l'hôpital Beaujon, comme affecté d'un cancer de la lèvre inférieure, avait tout simplement un engorgement folliculaire profond de cette lèvre ; il guérit sans autre opération qu'une petite incision sur la tumeur ; incision à la faveur de laquelle nous fîmes sortir par la pression la matière sébacée que renfermait le kyste. »

C. *Tumeurs aphtheuses.* — Des aphthes apparaissent très souvent sur le bord libre des lèvres et à leur face postérieure ; ils sont, dans la plupart des cas, symptomatiques d'une affection plus profonde et plus grave ; nous n'avons rien de particulier à noter à leur égard.

D. *Tumeurs folliculeuses inflammatoires.* — Blandin a signalé, à la face postérieure des lèvres, une variété de tumeurs que l'on confond généralement avec les aphthes, mais qui en diffère essentiellement. Voici la description qu'en a donnée cet auteur :

« Les tumeurs que l'on rencontre assez fréquemment sont semi-transparentes et de la grosseur d'un grain de millet. Elles sont creuses, et contiennent, dans leur intérieur, une matière filante, consistante comme du blanc d'œuf, et très analogue à celle que l'on trouve dans certaines grenouillettes.

» Nous croyons qu'elles naissent dans certains follicules muqueux des lèvres, dont le goulot aurait été momentanément oblitéré. Cette maladie se développe souvent chez les individus les mieux portants, sous les autres rapports ; cependant elle est plus commune chez les valétudinaires, et spécialement chez ceux qui ont le canal intestinal en mauvais état.

» Une vive douleur locale préside à la formation des petites tumeurs qui nous occupent : une auréole inflammatoire peu étendue se développe ensuite autour d'elles. Quelquefois un pertuis s'établit sur le sommet de la tumeur, pertuis qui donne issue à la matière intérieure et la maladie disparaît. Dans d'autres cas, l'inflammation détermine la destruction de la tumeur, et une ulcération arrondie, à fond gris, à bords rouges et taillés à pic lui succède, ulcération qui offre ainsi de l'analogie avec les chancres syphilitiques ; mais bientôt le fond de cette ulcération se déterge et la cicatrisation s'opère.

» Des collutoires adoucissants d'abord, détersifs plus tard, la cautérisation superficielle des ulcérations, tels sont les moyens à l'aide desquels on peut modifier et guérir promptement cette maladie. » (Blandin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 72.)

§ II. Tumeurs enkystées.

Les tumeurs enkystées des lèvres se forment à la face postérieure de ces organes, dans le tissu cellulaire sous-muqueux; on les rencontre plus souvent à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure.

Les *causes* qui déterminent leur développement sont mal connues; elles consistent en une poche fibreuse dont l'intérieur est rempli d'une matière visqueuse et glaireuse.

Tant qu'elles ont un volume peu considérable, elles ne causent pas, ou ne causent presque point d'incommodité; mais en augmentant elles deviennent un obstacle aux mouvements des lèvres et nuisent alors à la mastication. Boyer en a vu dont la grosseur atteignait celle d'une noisette. Il suffit, pour vider le kyste de la matière visqueuse qu'il contient, d'une simple incision; mais ce procédé ne donne qu'une guérison temporaire: bientôt, en effet, les bords de l'incision se réunissent, le kyste se remplit de nouveau, et la tumeur reparaît avec ses dimensions primitives.

Il faut, pour obtenir une guérison radicale, emporter le kyste en totalité. Voici comment Boyer conseille de procéder à cette opération : « On fait une incision demi-circulaire à la base de la tumeur, du côté du bord libre de la lèvre; on soulève par la dissection la portion de la membrane muqueuse qui couvre la tumeur, on saisit celle-ci avec une érigne et on la sépare avec le bistouri des parties auxquelles elle adhère encore par sa face antérieure. Il faut, en pratiquant cette opération, éviter avec soin d'ouvrir le kyste, dont la dissection deviendrait plus difficile s'il était vide. Lorsque la tumeur est enlevée, on applique le lambeau de la membrane interne de la lèvre sur l'endroit qu'occupait la tumeur, et on le maintient immobile en plaçant de la charpie sur la face postérieure de la lèvre, en même temps qu'on exerce à l'extérieur une compression médiocre. La réunion se fait ordinairement en vingt-quatre heures. » (Boyer, *loc. cit.*, t. VI, p. 342.)

Si la tumeur était trop volumineuse, on devrait se contenter d'exciser sa partie antérieure, on détruirait ensuite sa partie postérieure par des applications de caustique, en même temps qu'on déterminerait la suppuration.

§ III. Tumeurs fongueuses ou érectiles des lèvres.

Les tumeurs érectiles, décrites par Boyer sous le nom de tumeurs *fongueuses*, se développent assez fréquemment sur les lèvres, en raison de l'extrême vascularité et de la structure semi-érectile de ces organes.

Leurs *causes*, leurs *caractères* sont absolument les mêmes que dans les autres parties du corps, aussi nous bornerons-nous à signaler quelques points qui sont plus particuliers à cette région.

Les tumeurs érectiles, veineuses ou artérielles, occupent plus fréquemment la lèvre supérieure que la lèvre inférieure; elles sont à peine visibles à l'époque de la naissance, et se présentent alors sous la forme de ces taches rouges ou brunâtres, qu'on désigne sous le nom de *nævi materni*. Ce n'est souvent qu'après un temps assez long qu'on commence à les remarquer.

Leur développement est ordinairement très rapide; elles peuvent envahir les lèvres tout entières et même les parties voisines: on les a vues s'étendre au menton, au nez, aux joues, et, dans quelques cas, aux parties molles de la voûte palatine.

Boyer rapporte l'observation d'un enfant qui portait une tumeur de cette espèce à la lèvre supérieure, et qui fut guéri par une longue compression à cet endroit. Mais, comme le fait observer l'illustre chirurgien, ce succès est trop extraordinaire pour qu'on en puisse espérer dans tous les cas un semblable, et l'on ne doit avoir recours à la compression que lorsque la tumeur est située de manière à ne pouvoir être emportée.

La ligature n'est applicable qu'aux seules tumeurs érectiles artérielles; en général, elle doit comprendre l'artère faciale au-devant des masséters, les labiales opposées sur le bord libre de la lèvre, et la sous-orbitaire à sa sortie du trou canin. Toutes ces opérations font de ce procédé une méthode douloureuse et compliquée, et suffiraient pour le faire rejeter, si d'ailleurs il ne donnait des résultats imparfaits. La tumeur peut bien, en effet, s'affaisser, mais elle ne disparaît jamais complétement, alimentée qu'elle est par les vaisseaux collatéraux qui sont, en

grand nombre, destinés au rétablissement de la circulation dans les lèvres.

Dans ces derniers temps, M. Morel-Lavallée a proposé l'emploi de l'électro-puncture, en insistant sur la convenance de suspendre autant que possible la circulation dans la tumeur pendant l'action du courant galvanique et quelque temps après.

Aujourd'hui on a presque exclusivement recours à l'extirpation, c'est le procédé le plus sûr et le plus prompt ; il doit être pratiqué de très bonne heure, comme l'a fait judicieusement observer Blandin : « Les enfants, même les plus jeunes, peuvent être opérés sans grand danger, lorsque la tumeur est encore petite ; une temporisation timide a souvent compromis d'une manière grave la vie des jeunes enfants affectés de cette maladie. » A ce sujet, ce chirurgien cite l'exemple d'une petite fille, de deux ans et demi, qui porte une tumeur érectile presque inopérable ; les racines de cette tumeur s'étendent jusque dans les parties les plus profondes de la joue, du nez, de la voûte palatine, et affectent presque toute la lèvre supérieure. Cette masse, d'abord très limitée, a pu acquérir son énorme développement, grâce à cette fausse idée, que l'enfant ne pouvait être opérée avant l'âge de deux ans.

Avant de procéder à l'opération, il convient de comprimer la tumeur pendant quelque temps ; il est même prudent, dans certaines circonstances, de réduire préalablement par la ligature le nombre des vaisseaux qui se rendent à la tumeur.

Si celle-ci comprend toute l'épaisseur de la lèvre et occupe son bord libre, on l'enlève en la circonscrivant par le moyen de deux incisions obliques, qui se réunissent à angle aigu et dont on rapproche les bords comme dans le bec-de-lièvre. Si, au contraire, elle n'affecte qu'une partie de l'épaisseur des lèvres, on l'entoure par une incision circulaire ou elliptique, et on l'enlève en totalité, en la disséquant à sa base.

On traite la plaie qui résulte de cette opération, comme une plaie simple, avec perte de substance. Si, après l'opération, on s'apercevait qu'il fût resté quelque portion de la tumeur, on la détruirait promptement avec un caustique ; car ici surtout le succès dépend de la destruction complète de la partie affectée : une ablation partielle est toujours insuffisante et peut devenir dangereuse.

A la suite de ces préceptes, le lecteur ne verra pas sans intérêt l'observation d'une tumeur érectile que nous empruntons à Ant. Scarpa.

Obs. 1. *Tumeur érectile de la lèvre supérieure, extirpation, guérison dans l'espace de vingt-six jours.*

« M... vint au monde avec une tache livide, située sur la moitié gauche de la lèvre supérieure ; il y avait en même temps une légère saillie de la peau ; l'altération occupait toute l'épaisseur de la lèvre, à la face interne de laquelle elle était apparente, et où l'on remarquait un petit tubercule qui correspondait exactement à la face cutanée. Cette tumeur augmenta successivement de volume avec l'âge, de telle sorte qu'à vingt ans elle avait la grosseur d'un œuf de poule ; par suite de cet accroissement, la moitié gauche de la lèvre supérieure était repoussée en haut et en dehors contre l'aile du nez, tandis que la partie inférieure de la tumeur descendait jusque sur la lèvre inférieure. Dans la portion qui répondait à l'ouverture de la bouche, sa couleur était noirâtre, violacée, d'un aspect dégoûtant; en outre, elle gênait manifestement la prononciation.

» Cette tumeur était molle, rénitente et indolente ; quand on la saisissait entre ses doigts et qu'on la comprimait, elle donnait la sensation d'une masse formée par la réunion d'un grand nombre de veines variqueuses.

» Lorsqu'on la pressait dans un sens, elle se gonflait dans un autre, et reprenait ensuite sa forme première. Elle était recouverte par une membrane lisse, très fine, transparente, au travers de laquelle on distinguait une couleur noirâtre et violacée, traversée çà et là de lignes d'un rouge vif.

» La tumeur ne se bornait pas uniquement à la moitié gauche de la lèvre supérieure, elle s'étendait un peu plus haut que la terminaison des gencives, où elle se prolongeait transversalement depuis le frein de la lèvre supérieure jusqu'à la commissure gauche. Dans deux points de

sa surface on voyait et on sentait manifestement des pulsations artérielles.

» Quand le jeune homme courait, et pendant la mastication, la tumeur augmentait sensiblement de volume. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que la membrane muqueuse, qui revêt le palais, le pharynx, les fosses nasales, était dans toute la moitié gauche d'une couleur noirâtre, parcourue de vaisseaux variqueux, et offrait à sa surface de petites nodosités saillantes : celle qui tapisse la moitié droite des cavités buccale, pharyngienne et nasale, avait conservé sa couleur naturelle.

» En faisant l'ablation de cette tumeur, je ne voulus pas emporter en même temps toute la portion de lèvre correspondante, et je pratiquai l'opération de la manière suivante :

» La lèvre étant maintenue relevée par un aide, au moyen d'un bistouri à tranchant convexe, j'isolai d'abord la tumeur du bord de la lèvre supérieure, et je la détachai ainsi successivement de toute sa face interne, en rasant les fibres du muscle orbiculaire jusqu'à la racine des gencives. Deux seules artères donnèrent du sang avec abondance et furent liées aussitôt. Nonobstant cette ligature, il s'écoulait beaucoup de sang noirâtre de toute la surface de la plaie, dont j'arrêtai la sortie en fixant sur le bord alvéolaire un morceau d'agaric cousu sur une compresse de toile que je relevai sur la lèvre, en pressant cette dernière contre l'arcade dentaire. La compression fut exercée par un aide pendant plusieurs heures.

» La tumeur extirpée avait perdu presque la moitié de son volume. Après l'avoir laissé plonger durant plusieurs heures dans de l'eau tiède, afin de favoriser la dissolution et la sortie du sang qu'elle contenait, on put reconnaître qu'elle consistait en un lacis de vaisseaux, la plupart veineux, réunis ensemble par un tissu cellulaire très fin.

» Après l'opération, il survint un gonflement de la face avec chaleur brûlante dans la bouche et dans l'arrière-gorge, et une fièvre modérée. Une émission sanguine abondante, la diète la plus sévère, des boissons acidulées et quelques lavements firent disparaître en quelques jours tous ces accidents.

» L'appareil ne fut levé que le huitième jour, parce qu'il avait été jusque là sec et adhérent à la surface interne de la lèvre. La compresse enlevée laissa à découvert une plaie à peine humide, de couleur grisâtre, entourée de bords gonflés, durs et sensibles.

» On employa pendant quelques jours et sans avantage les topiques les plus propres à déterminer la suppuration, ce qui d'ailleurs devait avoir lieu ; car les plaies dont la surface est couverte par une couche de vaisseaux veineux, variqueux, sont celles qui ont le moins de tendance à suppurer. C'est pourquoi je me bornai dès lors à des applications réitérées de nitrate d'argent, en commençant par la circonférence et en approchant chaque jour de plus en plus du centre de la plaie : ce moyen réussit à merveille, et la cicatrisation s'opéra tellement vite sous l'influence de ce traitement, que dans vingt-six jours le guérison fut complète. Il ne restait de traces de la maladie qu'une légère teinte bleuâtre de la peau dans la moitié gauche de la lèvre supérieure.

» Graëfe a rapporté l'observation d'une tumeur variqueuse congénitale de la lèvre supérieure chez un enfant de quatorze ans. Elle différait de celle que je viens de décrire en ce qu'elle occupait une étendue plus considérable, (les deux tiers environ), étant très voisine de l'une et l'autre commissures. Graëfe se décida à enlever en même temps que la tumeur les deux tiers de la lèvre ; il fallut employer ensuite la suture entortillée pour rapprocher convenablement les deux lèvres de la plaie. La réunion eut lieu ; mais l'ouverture de la bouche resta tellement rétrécie, qu'elle pouvait admettre à peine l'extrémité du doigt. A l'aide d'un instrument dilatateur employé pendant trois mois consécutifs, l'opérateur parvint à obtenir une ouverture plus grande de la bouche ; mais il ne dit pas si cet avantage fut aussi permanent que la difformité qui résulta de l'opération. » (Scarpa, *Archives de médecine*, t. XII, p. 118.)

§ IV. Tumeurs cornées des lèvres.

Les tumeurs cornées de la lèvre sont évidemment le résultat d'une production

anormale d'épithélium ; les causes de leur développement sont complétement inconnues. Elles présentent les mêmes caractères que dans les autres régions du corps.

Les exemples de cette affection sont extrêmement rares ; nous en trouvons dans la *Gazette des hôpitaux* du 5 octobre 1846 une observation qui présente les particularités suivantes :

La personne qui porte l'affection est une jeune fille âgée de dix-huit à dix-neuf ans, d'une constitution un peu molle et lymphatique. Sur le bord libre de la lèvre supérieure s'élève une couche dure épidermique et cornée, de plusieurs millimètres d'épaisseur, sécrétée par la portion semi-muqueuse, semi-tégumentaire de la peau qui recouvre ce bord libre.

La couche dont nous parlons, une fois enlevée, se reproduit en quelques jours par la dessiccation d'un liquide continuellement sécrété.

M. Nélaton n'a pas cru devoir débarrasser la jeune fille de cette incommodité, autrement que par l'emploi du caustique de Vienne, appliqué sur la surface sécrétante préalablement purgée de cette matière anormale.

§ V. Tumeurs épidermiques des lèvres.

On avait depuis longtemps remarqué que les opérations du cancer de la lèvre étaient bien plus souvent suivies d'un succès durable que l'opération du cancer dans d'autres organes. Cette particularité s'explique par le fait, que beaucoup de ces prétendus cancers de la lèvre ne sont nullement des tumeurs de mauvaise nature, mais bien des tumeurs constituées par une hypertrophie épidermique et papillaire, souvent ulcérée à sa surface.

Les tumeurs épidermiques n'appartiennent point en propre aux lèvres, mais elles siégent de préférence sur ces organes.

Causes. — Les causes qui déterminent leur apparition sont mal connues.

Diagnostic. — Suivant M. Lebert, on les reconnaît aux caractères suivants :

« Leur début est marqué ou par une petite grosseur en forme de verrue, ou par une petite dureté qui se transforme bientôt en crevasse. Dans l'un et l'autre cas, la surface s'ulcère bientôt et se recouvre d'une croûte mêlée des éléments du pus et de l'épiderme. Lorsqu'on enlève cette croûte, on voit au fond de l'ulcère des granulations saillantes que l'examen attentif fait reconnaître comme des papilles hypertrophiées. Elles sont d'un jaune rosé, unies ensemble par leur base, rarement par leur sommet, quelquefois bien distinctes et allongées. D'autres fois la surface de l'ulcère est plus uniforme, l'induration est peu prononcée et pas très étendue, et si quelques petits ganglions offrent un engorgement lymphatique considérable, on n'y découvre cependant point de ces paquets glandulaires durs et volumineux qui caractérisent les ganglions lymphatiques cancéreux.

» Lorsqu'on a enlevé la croûte qui recouvre ces tumeurs papillaires, on découvre de nombreuses papilles supportées par une base fibro-aréolaire dans laquelle l'examen microscopique montre, aussi bien que dans les papilles, l'épiderme comme principal élément. Les éléments glandulaires de la peau y sont également très développés, et on voit, outre les glandes en forme de grappes, de petites fossettes remplies de couches concentriques de feuillets épidermiques. Le tissu musculaire est parfaitement sain au-dessous ; ce tissu est élastique, et la compression n'en fait jamais sortir du liquide analogue au suc cancéreux. Tout au plus on voit sortir de ses aréoles une petite quantité de matière granuleuse d'un blanc terne ressemblant un peu à du gruau cuit. » (Lebert, *physiologie pathologique*, t. II, p. 396.)

M. Mayor reconnaît aux tumeurs épidermiques trois formes principales : forme *stratifiée*, forme *papillaire*, forme *folliculaire*. Ces trois formes, isolées ou combinées de différentes manières, constituent toutes les variétés de tumeurs épidermiques que l'on peut rencontrer sur les lèvres.

Traitement. — Le traitement consiste à enlever la tumeur dans toute son étendue ; à cet effet, on doit explorer avec soin les parties d'apparence saine qui entourent l'altération, et pratiquer les incisions à une grande distance du siége principal du mal. On évite ainsi de laisser aucun point suspect et qui pourrait donner lieu à une récidive purement locale.

Lorsque, malgré ces précautions, le mal

se reproduit, il convient d'opérer de nouveau largement et sans retard, on peut alors compter sur un succès certain. Si on consentait à attendre, il pourrait se former un vaste ulcère qui compromettrait la vie du malade.

A l'appui de ce que nous venons de dire sur les tumeurs épidermiques, nous allons rapporter plusieurs observations, nous les empruntons à M. Mayor. (*Th. inaug.*)

Obs. 1. *Tumeur épidermique composée, mais principalement papillaire de la lèvre.*

« Chauchard (Antoine), âgé de quarante-six ans, rue Montorgueil, 33, entre à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Gabriel, n° 12), le 2 mai 1845.

» Cet homme, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais fait de maladies graves; il a eu une blennorrhagie il y a une vingtaine d'années : ni chancres ni engorgement ganglionnaires; il n'a jamais fumé ni chiqué.

» Il y a quinze à dix-huit mois que, sans cause à lui connue, il vit se développer sur sa lèvre inférieure un petit ulcère linéaire, une espèce de fissure dont la base indurée acquit peu à peu le volume d'une lentille. Cet ulcère se couvrait d'une légère pellicule, que le malade arrachait avec les dents ou avec les doigts. Au commencement de l'hiver, il consulta un médecin qui le cautérisa à quatre reprises différentes, sans obtenir autre chose qu'un accroissement de la tumeur. Les sœurs Saint-Thomas et leur pommade de concombre n'eurent pas plus de succès. Le 2 mai 1845, le malade se présenta à la Pitié, à M. Auguste Bérard, qui jugea que l'affection pouvait prendre un caractère fâcheux, et qu'il fallait opérer.

» A cette époque, la tumeur offre une surface de 9 à 10 millimètres de diamètre, excoriée, gris rougeâtre, ayant une apparence végétante assez prononcée, mûriforme; la tumeur est résistante au doigt; les tissus qui l'environnent sont un peu rouges et tuméfiés. Les ganglions sous-maxillaires ne sont nullement engorgés.

» La veille de l'opération, le malade fut purgé avec de l'eau de Sedlitz, et le 6 mai M. A. Bérard pratiqua avec le bistouri l'ablation de la petite tumeur. La perte de sang fut peu considérable, on lia deux petites artérioles.

» La plaie, de forme semi-circulaire, fut pansée simplement avec des compresses trempées dans l'eau froide, fréquemment renouvelée, et continuées pendant quatre jours. Il n'y eut point d'accidents inflammatoires; peu de suppuration. A partir du cinquième jour, on pansa avec l'onguent digestif. Le 18, on toucha légèrement avec le nitrate d'argent la surface de la plaie, qui était réduite à fort peu de chose.

» Le malade a parfaitement guéri, et, à la date du 1er janvier 1846, il n'y avait aucune apparence de récidive.

» *Examen de la tumeur.* — Cette petite tumeur avait la forme d'une plaque, d'un segment de sphère; elle était recouverte d'une petite croûte brunâtre, qui, enlevée, laissait voir à nu une surface légèrement granuleuse, ayant l'aspect du derme dénudé de son épiderme, mais dont les papilles seraient beaucoup plus grosses qu'à l'ordinaire; elle offre un fort joli dessin formé de petites saillies très légères, polygonales, blanches, circonscrites par un réseau vasculaire injecté. La coupe de cette tumeur montre une surface de section de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, s'amincissant peu à peu aux extrémités, pour se continuer avec le derme sain, nettement séparée au-dessous des tissus musculaires rouges. Le tissu malade est dur, résistant, ne laisse rien couler par la pression de la surface des sections; sa couleur est gris bleuâtre avec des taches plus blanches, les unes allongées, papillaires, les autres arrondies. Tout ce tissu, vu au microscope, est formé de fibres cellulaires, de vaisseaux, et principalement de noyaux cellulaires; les portions blanches offrent les cellules à tous les degrés de développement mais toutes encore pourvues de leur noyau; elles sont disposées linéairement dans les corps papillaires, et concentriquement dans les corps ronds. » (Mayor, *Thèse inaugurale*, 1846, p. 34.)

Obs. 2. *Tumeur épidermique, papillaire et folliculaire de la lèvre.*

« Au mois d'avril 1845, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, le nommé Bonnard (Victor), âgé de soixante et un ans, jardinier.

» Cet homme, d'une bonne constitution, affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes; il ne fume point.

» Il y a vingt ans, il se fit à la lèvre inférieure une piqûre qui s'était parfaitement guérie, sans laisser ni douleur ni engorgement au lieu où elle avait été faite: pourtant, à cet endroit même, si l'on en croit le malade, apparut, il y a un an environ, un petit bouton accompagné de démangeaisons considérables, surtout à l'époque des changements de temps; bientôt ce bouton s'ulcéra, et, sous l'influence de cautérisations répétées, l'ulcère grandit et finit par acquérir son volume actuel.

» Aujourd'hui, 8 mars 1845, il comprend la moitié droite de la lèvre inférieure, depuis la commissure jusqu'à la ligne médiane, s'étend sur tout le bord libre de la lèvre et un peu sur la muqueuse; il a la forme d'un champignon à bords renversés, à surface fendillée, desséchée, d'un brun jaunâtre, reposant sur un fond induré. La peau avoisinante est parfaitement saine. On ne trouve point de ganglions engorgés autour de la mâchoire; l'ulcère est le siége d'élancements et surtout de démangeaisons.

» M. Jobert opéra le malade par une incision en V, à pointe arrondie, circonscrivant la tumeur, et tenta la réunion, qui ne réussit pas; les bords de l'incision paraissaient se cicatriser, lorsque le malade mourut de pleuro-pneumonie.

» L'autopsie fit reconnaître une intégrité parfaite de tous les viscères, quant à l'affection cancéreuse.

Examen de la tumeur. — » La tumeur, examinée au microscope, montra les éléments épidermiques sous les deux formes papillaire et folliculaire.

» La dernière, à un grossissement modéré, présentait une grande quantité de figures arrondies, à stries concentriques. Les petits corps qui formaient ces figures étaient placés les uns à côté des autres; il y en avait qui étaient placés à l'intérieur de plus grands. Leur volume était très variable.

» A l'aide d'un plus fort grossissement, on constatait que cette disposition striée, fibreuse, n'était qu'apparente, qu'elle était due à l'arrangement régulier autour d'un centre, de cellules ayant tous les caractères des cellules épidermiques, jeunes dans les petits corps, plus vieilles dans les plus grands. Leurs noyaux et leurs contours, par leur ordre régulier, donnaient lieu à cette apparence fibreuse. » (Mayor, *loc. cit.*)

Obs. 3. *Tumeur épidermique folliculaire. Deux récidives.*

« Veisberger (Jean), âgé de quarante-trois ans, cultivateur à Aubervilliers-les-Vertus, entre à l'hôpital Necker (salle Saint-Pierre, n° 42) le 19 juin 1845.

» Cet homme a toujours joui d'une excellente santé; il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes; il a l'habitude ancienne de fumer le brûlot.

» Au printemps de 1844, un petit bouton, gros comme une tête d'épingle, sur lequel il se formait des écailles que le malade enlevait de temps en temps, vint à se développer sur la lèvre inférieure et sur la ligne médiane, à l'union de la peau et de la muqueuse.

» A l'entrée de l'hiver, le bouton avait acquis le volume d'un pois, et quoiqu'il n'y eût pas de douleur, Veisberger, craignant un mauvais mal, alla consulter un médecin du faubourg Saint-Denis; celui-ci fit sur la petite tumeur des cautérisations avec le nitrate d'argent, cautérisations qui furent répétées deux fois par semaine, pendant un mois et demi.

» Pendant ce traitement, la tumeur doubla de volume; un autre tubercule se montra à côté et fit saillie du côté interne de la lèvre. Le médecin parla alors d'opérer; le malade s'y décida, et M. Voillemier fut chargé de l'opération. Il enleva la tumeur en la comprenant entre les deux branches d'une incision en V, et réunit par première intention. Cinq jours après, la plaie était cicatrisée presque complétement, sauf un point très peu étendu, qui resta ulcéré du côté de la peau, et qui se recouvrit d'une croûte brune. Les bords de la cicatrice, qui étaient restés un peu durs, acquirent, après l'opération, plus de dureté. Cette induration a fait en quinze jours de rapides progrès; quelques douleurs, pas assez fortes cependant pour empêcher le sommeil, ont accompagné ce développement.

» Actuellement la tumeur a le volume d'une noix; elle occupe toute l'épaisseur du bord de la lèvre; elle est comme bilobée par la ligne de cicatrice qui remplace

le sillon médian de la lèvre, et qui présente en avant une petite ulcération couverte d'une croûte brune. Elle est dure, et sa surface offre une coloration blanche qui tranche avec la couleur rouge de la muqueuse environnante. On aperçoit de petits vaisseaux variqueux dessinant des aréoles sous l'épiderme; la pression de la tumeur est douloureuse. L'état général du malade est parfait. Il a le teint hâlé, les muscles bien développés, et les chairs fermes.

» Le 20 juin, M. Lenoir procède à l'ablation de la tumeur. Pour ce faire, il détache un peu la lèvre des maxillaires avec le bistouri, et cerne la tumeur à coups de ciseaux. Une seule ligature est appliquée; une compresse imbibée d'eau froide pour tout pansement. M. Lenoir abandonne à la nature le soin de remédier à la perte de substance produite, perte qui comprend les trois quarts à peu près du bord de la lèvre.

» Le 1er juillet, la cicatrisation est fort avancée, et l'échancrure résultant de l'opération a déjà diminué, par le fait de l'ascension du menton.

» Le 6, on sent dans le bord droit de la plaie un petit tubercule.

» Le 17, ce petit tubercule n'ayant cessé de grossir, puisqu'il a le volume d'un pois, M. Lenoir l'enlève d'un coup de ciseaux.

» La cicatrice de cette nouvelle plaie se fait rapidement.

» Le 6 août, le malade sort bien portant; la cicatrice est achevée, et l'échancrure, quoique beaucoup diminuée, est encore notable; il y a un peu de difficulté à retenir la salive.

» A la fin de septembre, le malade est venu, selon sa promesse, se montrer à l'hôpital Necker. Il n'y a pas d'apparence de récidive; il jouit d'une parfaite santé. L'échancrure a disparu; il n'y a plus d'écoulement de salive. La lèvre supérieure s'est allongée pour recouvrir l'inférieure appliquée contre la mâchoire; il s'est formé par l'ascension du menton un nouveau sillon labio-maxillaire. En somme, la difformité se réduit à ce que Veisberger a tout à fait la figure d'un homme qui se mord la lèvre inférieure.

» *Examen de la tumeur.* — La tumeur forme un noyau assez régulièrement arrondi, dont la coupe rappelle celle d'un marron cuit; à son centre, existe une espèce de fissure correspondante à la cicatrice de la première opération; cette fissure est remplie par une matière blanchâtre, caséiforme. Tout le reste est dur, compacte, a un aspect granuleux; les granulations sont d'un blanc laiteux; les intervalles très petits qui séparent les granulations sont translucides. La pression ne fait point sourdre de liquide sur les surfaces de section, mais expulse çà et là quelques petites masses blanchâtres. La tumeur est évidemment développée aux dépens du derme; aussi est-elle, dans la plus grande partie, recouverte directement par l'épiderme; elle est séparée de la muqueuse par une couche musculaire saine dans laquelle on trouve cependant un ou deux petits noyaux blancs opalins.

» Le petit tubercule extirpé le 17 juillet offre tout à fait la même structure. Le microscope fait reconnaître dans ces deux produits morbides le plus bel exemple possible de tumeur folliculaire. »

§ VI. Tumeurs cancéreuses des lèvres.

Les tumeurs cancéreuses de la lèvre sont beaucoup plus rares que les tumeurs de bonne nature.

Causes. — Elles apparaissent principalement dans l'âge adulte chez les hommes, à l'époque de la ménopause chez les femmes; elles sont infiniment plus communes chez le premier sexe que chez le second. Presque toujours elles sont situées à la lèvre inférieure; il est pour ainsi dire exceptionnel de les rencontrer à la lèvre supérieure. Les causes réelles de leur développement sont mal connues. On a cru pouvoir les rapporter à l'influence de certaines causes d'irritation fréquemment répétées : c'est ainsi qu'on a invoqué l'habitude de fumer, et surtout l'emploi de pipes à tuyau très court et qui s'échauffe facilement; on a également attribué à cette habitude de fumer une action indirecte, en expliquant la production du cancer par le contact plus ou moins irritant des dents que le tuyau de la pipe a usées et taillées en biseau. Plusieurs observateurs affirment avoir remarqué le cancer sur des individus chez lesquels l'arcade dentaire, supérieure ou inférieure, dépas-

sait l'arcade correspondante, et se trouvait en contact permanent avec les lèvres. Ces explications ne sont point de nature à satisfaire. Comment se rendre compte de l'immunité presque absolue de la lèvre supérieure? Nous devons ajouter que cette affection se voit plus souvent chez les hommes de la campagne que chez les habitants des grandes villes.

Symptômes et diagnostic. — « Le cancer des lèvres, dit M. Lebert dans son excellent travail, commence par un ou plusieurs points très durs, que l'on sent dans le tissu des lèvres, dont il occupe bientôt toute l'épaisseur, offrant au toucher une surface inégale qui, plus tard, devient bosselée.

» La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu musculaire se confondent bientôt en une seule masse qui finit par s'enflammer et s'ulcérer. Les bords de l'ulcère se renversent et deviennent durs et calleux. L'ulcère sécrète un liquide sanieux. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires s'engorgent et se remplissent de matière cancéreuse; l'ulcère augmente de profondeur et d'étendue, et bientôt surviennent tous les symptômes et la terminaison fatale de la cachexie cancéreuse.

» Les cancers que l'on opère offrent rarement une très grande étendue, parce que le cancer de la lèvre attire de bonne heure et l'attention du malade et celle du chirurgien.

» Sur une coupe fraîche, ce tissu cancéreux se montre mal délimité, envoyant des prolongements à travers le plan musculeux; il est dur, criant sous le scalpel, d'un blanc jaunâtre, lardacé, infiltré de beaucoup de suc cancéreux et présentant quelquefois des figures réticulées. Au microscope, on y voit une trame fibreuse et une substance plus molle, toute composée de globules cancéreux mêlés souvent d'éléments graisseux et granuleux. » (Lebert, *Physiologie pathologique*, Paris, 1845, t. II, p. 398.)

Une autre maladie que nous avons signalée en passant, à l'occasion des ulcérations des lèvres, et que Boyer appelle ulcère chancreux, « est l'ulcère cancéreux de la face, qui, dans un grand nombre de cas, n'offre pas de véritable tissu cancéreux, mais montre tous les caractères de l'ulcère que nous appelons cancroïde. On en rencontre à des degrés bien divers d'étendue et de profondeur, depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui de plusieurs pouces de largeur, avec destruction du nez, des joues et des lèvres dans le cas qui nous occupe.

» Il est certain que, dans quelques cas, ces ulcères constituent la fonte d'une tumeur cancéreuse, et offrent une base squirrheuse encéphaloïde; mais dans un grand nombre de cas, nous avons constaté, tant sur le vivant que par l'examen microscopique, que ces ulcères ne reposaient nullement sur une base cancéreuse, et, à leur début, on réussit souvent à les guérir, soit par l'extirpation, soit par l'application de la pâte arsenicale.

» On rencontre cependant dans la pratique un certain nombre de cas dans lesquels ces guérisons ne se soutiennent pas, et les ulcères cicatrisés se rouvrent pour s'agrandir plus promptement et pour creuser plus profondément dans les tissus.

» Malgré l'incurabilité à laquelle arrivent alors ces ulcères, j'ai pourtant cru remarquer qu'ils permettaient aux malades de vivre pendant plus longtemps que les ulcères qui ont pour base un véritable tissu cancéreux. Aussi ces ulcères, en général, ne détériorent pas promptement la santé générale et amènent bien plus souvent la mort par l'étendue et la gravité du mal local, que par infection cancéreuse. » (*Loc. cit.*)

Il sera facile de ne pas confondre les tumeurs cancéreuses de la lèvre avec celles qui ont été décrites ci-dessus; l'examen le plus superficiel suffit à l'égard des tumeurs inflammatoires, érectiles et kystiques; certaines tumeurs sébacées réclament plus d'attention, nous nous contenterons de rappeler à ce sujet l'observation faite par Blandin, observation que nous avons rapportée plus haut. La confusion est encore plus facile à l'endroit de certaines tumeurs syphilitiques; il faudra alors examiner si la tumeur occupe la lèvre supérieure ou la lèvre inférieure; si elle existe chez un homme ou chez une femme, chez un jeune homme ou chez un adulte; si dans le cours de son développe-

ment elle a été le siége de douleurs lancinantes ; si, enfin, les ganglions lymphatiques sont engorgés et depuis combien de temps ils sont engorgés.

Le chancre induré peut encore devenir une cause d'erreur : « Celui-ci, dit M. Michon, se présente sous l'aspect d'une ulcération jaunâtre, fournissant une suppuration abondante, ayant pour base une induration comme cartilagineuse, quelquefois bien bornée, surtout dans les premiers temps de son existence, et s'entourant parfois ensuite d'un engorgement œdémateux qui se perd sur les parties voisines ; cette induration a une marche infiniment plus rapide que celle du squirrhe ; elle est toujours précédée d'ulcération, tandis que dans le squirrhe l'induration existe dès le début. » (Michon, *Du cancer cutané*, thèse 1848.)

Pronostic. — Le cancer des lèvres doit être considéré comme une affection moins grave que le cancer des autres régions : sa marche est ordinairement très lente, il reste longtemps à l'état de maladie locale ; ce n'est que très tard que l'engorgement des ganglions lymphatiques se déclare; enfin, les organes intérieurs ne sont pris que d'une manière, pour ainsi dire, exceptionnelle.

Nous empruntons à l'ouvrage de M. Lebert deux observations où se trouvent retracés les principaux caractères du cancer de la lèvre.

Obs. 1. « Un homme, âgé de soixante-trois ans, avait été atteint d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure, qui était indurée dans toute son épaisseur. L'ulcère avait à peu près un pouce de diamètre : il était recouvert sur ses bords par des croûtes rougeâtres, au-dessous desquelles se trouvait un mélange de pus, de cellules d'épithélium et de globules cancéreux.

» Le tissu du cancer montre sur une coupe fraîche un aspect lardacé peu vasculaire, renfermant beaucoup de glandes hypertrophiées et offrant à sa surface de petits lobules dus probablement au développement des papilles. Le tissu du centre de la tumeur, examiné au microscope, montre une trame fibreuse renfermant beaucoup d'aréoles arrondies et remplies d'une substance grisâtre demi-transparente, composée d'un tissu intercellulaire et de globules ronds ou ovalaires de $0^{mm},02$ à $0^{mm},025$, renfermant un noyau excentrique de $0^{mm},0075$. Dans quelques endroits le tissu fibreux est bien prédominant ; dans d'autres, ce sont les globules dont beaucoup de noyaux sont dépourvus d'une membrane d'enveloppe. Du tissu cancéreux est également déposé dans la substance musculaire qui se trouve au-dessous du cancer. On distingue dans l'épaisseur de la lèvre plusieurs masses cancéreuses; dans toutes les globules cancéreux sont bien visibles et faciles à distinguer des feuillets d'épiderme. » (Lebert, *loc. cit.*)

Obs. 2. « Un homme, âgé de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution, d'une famille saine, a joui habituellement d'une bonne santé. Depuis un an, il a commencé à sentir une induration dans la lèvre inférieure qui s'est ulcérée, et dont le malade a successivement enlevé les croûtes à mesure qu'elles se formaient. Depuis neuf mois la tumeur a tellement augmenté de volume, qu'elle occupait une bonne partie de la lèvre inférieure ; elle était le siége de douleurs lancinantes vives. L'opération devint nécessaire et fut pratiquée par M. le professeur P. Bérard, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Cette pièce m'a été communiquée par M. Deville.

» La tumeur a 35 millimètres de hauteur sur autant de largeur, et 18 millimètres d'épaisseur. Toute sa surface est ulcérée ; un aspect granuleux existe à la surface de l'ulcère, tandis que les parties profondes ont un aspect lardacé et une consistance dure. Sa structure est à fibres aréolaires, fines, parallèles, disposées en faisceaux et établissant des anastomoses entre les divers faisceaux. Leur juxtaposition est, par places, si dense qu'on ne voit point de cellules entre elles. A la jonction des aréoles, les fibres vont en divergeant. Parmi les fibres fines ordinaires, on remarque beaucoup de fibres élastiques. On exprime de cette tumeur un suc cancéreux assez abondant. Les globules y ont en moyenne $0^{mm},02$, renfermant un noyau qui varie entre $0^{mm},01$ et $0^{mm},015$. Il y existe en outre beaucoup de globules graisseux. » (Lebert, *loc. cit.*)

Traitement. — Le traitement du cancer des lèvres comprend deux procédés principaux, la cautérisation et l'excision. Le

premier n'est applicable que dans les cas où le cancer est limité à une tumeur peu volumineuse et nettement circonscrite ; il est peu employé.

La cautérisation se fait avec la pâte de Canquoin ou la pâte arsenicale dite du frère Côme. La pâte de Canquoin offre, comme on sait, l'avantage d'exercer une action dont on peut assez exactement borner l'étendue et la profondeur. Quant à la pâte arsenicale, Dupuytren l'a modifiée dans sa composition, en y faisant entrer : gomme en poudre 8 grammes, calomel 4 grammes, acide arsénieux de 30 à 60 centigrammes, eau distillée 30 grammes. Grâce à ces proportions, les chances d'empoisonnement par l'acide arsénieux deviennent beaucoup moindres. Nous n'insisterons point sur la manière d'appliquer ces différentes pâtes.

L'excision comprend à son tour deux méthodes.

La première est due à Ambroise Paré. Le chirurgien soulève la tumeur de la main gauche, soit au moyen d'une anse de fil préalablement introduite à l'aide d'une aiguille, soit à l'aide de pinces de Museux ou d'une érigne ; de la main droite il enlève cette tumeur avec des ciseaux. Quelques praticiens saisissent simplement la lèvre avec le pouce et l'indicateur gauches ; ils la tendent et la renversent en dehors, puis comprennent le bouton cancéreux dans une incision en V, dont l'ouverture regarde en haut. La réunion est ensuite pratiquée comme dans l'opération du bec-de-lièvre.

Le second procédé, le procédé de Richerand, convient surtout lorsque le cancer n'occupe pas la lèvre dans une grande étendue de haut en bas; il consiste à exciser, à l'aide du bistouri ou de forts ciseaux courbes, la portion dégénérée, en pratiquant une incision semi-lunaire. La plaie est pansée à plat, et la perte de substance se répare facilement. Lorsque cette perte de substance est considérable, M. Gerdy conseille, pour faciliter l'ascension des tissus qui doivent remplacer la lèvre, de pratiquer quelques jours après l'opération une incision dans le cul-de-sac qui se trouve placé entre la face postérieure de la lèvre et les gencives.

« Le procédé de Richerand, dit M. Malgaigne, dans son *Manuel de médecine opératoire*, n'est applicable qu'au cancer superficiel, diffus et siégeant sur le bord labial même.

» L'autre convient mieux aux tumeurs cancéreuses circonscrites et ayant des racines profondes, surtout quand elles occupent les commissures labiales. Dans ces cas mêmes, lorsque le cancer envoie des prolongements dans la joue dans diverses directions, on peut l'enlever en entier en combinant ensemble plusieurs incisions en V, de telle sorte que leurs bords puissent toujours être réunis par la suture, et la plaie se fermer par première intention. Quand la perte de substance est trop considérable pour se déguiser par ce moyen, on la répare à l'aide des procédés de cheiloplastique qui varient pour la lèvre inférieure et pour la lèvre supérieure. »

De la cheiloplastique ou cheiloplastie. — La cheiloplastique ou cheiloplastie est l'art de réparer les lèvres par des procédés autoplastiques, lorsqu'elles ont été détruites en totalité ou en partie par des plaies par armes à feu ou d'une autre nature, par des brûlures, des lupus, la gangrène ou des affections cancéreuses.

De toutes ces lésions organiques, le cancer est sans contredit la plus fréquente, et comme il atteint presque exclusivement la lèvre inférieure, on peut dire que c'est principalement pour cette lèvre qu'ont été imaginés les divers procédés de cheiloplastie. Du reste, aucun organe ne se prête mieux que les lèvres à ce genre d'opération : elles sont minces et extensibles ; s'il est nécessaire de les enlever dans une étendue plus ou moins grande, elles sont entourées de téguments au moyen desquels on peut aisément les remplacer.

A. *Procédé de Horn ou de Roonhuysen.* — Le procédé le plus simple et le plus anciennement employé est celui de Horn ou de Roonhuysen, M. Jobert l'appelle *réparation par déplacement latéral.* Lorsque par une incision en V on a enlevé un cancer, ou rafraîchi les bords d'une perte de substance, et que l'étendue des parties enlevées ne permet pas le rapprochement des lambeaux, on dissèque ces lambeaux jusqu'à la pointe du V en les renversant en dehors. Lorsqu'on a obtenu un décollement proportionnel à la perte de

substance, on rapproche les bords de la division et on les maintient par une suture entortillée. On empêche le sang de s'épancher en pratiquant une légère compression.

Nous trouvons dans la *Revue médicale* une observation. M. Roux y rapporte une opération de ce genre :

Obs. 3. *Cancer de la lèvre ; ablation ; réparation par déplacement latéral ; guérison.*

« Un vieillard de Saint-Maximin, nommé Sauveur-Giraud, âgé de quatre-vingts ans, me consulta dans le mois de décembre 1822 pour une tumeur ulcérée qu'il avait à la lèvre inférieure depuis environ deux ans.

» Cette tumeur avait tous les caractères du cancer, et s'étendait presque d'une commissure à l'autre. Elle avait été traitée d'une manière assez peu rationnelle, et n'offrait autre chose à faire que l'opération. Je la pratiquai le 16 du même mois.

» Je compris la tumeur entre deux incisions, qui, tirées sur les côtés, descendaient obliquement en se dirigeant l'une vers l'autre et se rencontrant à la fossette du menton. Cette tumeur fut disséquée à sa base, d'abord en incisant la buccale et en se dirigeant ensuite vers l'angle du V.

» Le rapprochement des lèvres de la plaie se fit assez facilement après avoir détaché un peu les parties molles de chaque côté. La suture entortillée fut faite au moyen de trois aiguilles. Le premier appareil fut levé le quatrième jour. La réunion était parfaite et solide à la lèvre et un peu au-dessous ; mais la partie inférieure laissait encore passer une petite quantité de salive mêlée avec du pus. Des bandelettes agglutinatives remplacèrent la suture entortillée, et la cicatrice acheva de se faire dans toute l'étendue des incisions.

» Le quinzième jour, ce vieillard put sortir de l'hôpital et rejoindre sa famille dans l'état le plus satisfaisant. Sa bouche, qui auparavant offrait l'aspect le plus dégoûtant, ne présentait dans le milieu de la lèvre inférieure qu'une cicatrice linéaire d'un pouce et demi de long, et simulant la ligne médiane remarquable chez quelques personnes.

» Je m'attendais à trouver dans la bouche une espèce d'infundibulum, qui avait servi d'issue pendant quelques jours à l'écoulement de la salive et du pus ; mais je ne fus pas peu étonné d'y rencontrer un repli de la membrane muqueuse, qui remplaçait parfaitement le filet ou frein que j'avais détruit en disséquant la tumeur à sa base.

» La lèvre inférieure, qui, le jour de l'opération, paraissait devoir être très courte, s'élargit par gradation dès qu'elle eut été abandonnée à elle-même. La bouche parut néanmoins rester un peu petite, mais bien conformée, et permettant de mâcher les aliments avec la plus grande facilité. » (*Revue méd.*, janvier 1828, p. 37.)

B. *Procédé de Chopart.* — Le procédé de Chopart appartient à la méthode française. Le malade est placé devant une vive lumière. Au moyen de deux incisions verticales qui partent du bord libre de la lèvre, le chirurgien circonscrit à la fois le cancer et la portion des parties molles qui doit réparer la perte de substance. La longueur des incisions est en rapport avec l'étendue du mal ; on peut les prolonger jusqu'au niveau de l'os hyoïde ; elles limitent sur les côtés un lambeau quadrangulaire que l'on dissèque de haut en bas, en lui laissant la plus grande épaisseur possible, et en ayant soin de ménager le périoste. Après la dissection, on enlève d'un seul coup, et par une section transversale rectiligne, les parties altérées. Aussitôt on ordonne au malade de baisser la tête, et, pendant la durée de ce mouvement, on élève le reste du lambeau jusqu'au niveau des lèvres et des commissures ; on le fixe par des points de suture. La nouvelle lèvre reste adhérente aux dents et privée de mouvements ; elle tend à se recoquiller par son bord libre.

C. *Procédé de M. Roux de Saint-Maximin.* — Le procédé de M. Roux de Saint-Maximin est, pour employer l'expression de M. Jobert, l'agrandissement illimité, pour ainsi dire, du procédé de Chopart.

Les parties altérées sont d'abord enlevées au moyen d'une incision semi-lunaire à concavité supérieure. Après l'ablation, le bord de l'incision est saisi ou disséqué de haut en bas, et de manière à obtenir un lambeau de téguments en forme de tablier ; on détache ce lambeau des parties

sous-jacentes plus ou moins bas, puis on le relève de la même manière que dans le cas précédent.

Si le cancer s'étend au delà des commissures, on prolonge ces dernières par des incisions transversales qui passent au-dessus de la tumeur; puis, aux extrémités de ces incisions, on fait aboutir l'incision semi-lunaire. Les bords correspondants de ces incisions sont réunis par des sutures; le reste forme le bord de la lèvre nouvelle.

Voici l'observation d'une opération de ce genre, pratiquée par M. Roux lui-même, telle que la rapporte M. Jobert dans son *Traité de chirurgie plastique*.

Obs. 4. *Cancer de la lèvre; opération par le procédé de M. Roux de Saint-Maximin; guérison.*

« Louis Flayol, âgé de soixante-sept ans, consulta, en 1822, M. Roux de Saint-Maximin pour une petite tumeur développée à droite de la lèvre inférieure, et précisément dans le point où le tuyau de la pipe appuyait.

» Elle était rénitente, douloureuse et le siége d'élancements. Flayol ne voulut pas suivre les conseils de notre habile confrère, et s'adressa à un empirique qui cautérisa la tumeur et l'exaspéra beaucoup. Les accidents devinrent tels, qu'au mois de septembre 1823 il revint de nouveau consulter M. Roux.

» La tumeur offrait alors les caractères d'un cancer ulcéré, répandant une odeur infecte, et se prolongeant de la commissure gauche jusqu'au milieu de la joue droite, en dépassant en haut le niveau de la lèvre supérieure. L'altération cancéreuse s'étendait aussi sur le menton.

» En outre, les bords de l'ulcère étaient violacés, rouges, congestionnés, et une matière fétide pénétrait dans la bouche par quelques endroits où la muqueuse était perforée.

» Les glandes sous-maxillaires étaient saines, et les dents étaient solides dans leurs alvéoles, ce qui fait penser que l'os maxillaire était intact.

» L'opération parut nécessaire; elle fut résolue et pratiquée le 21 septembre 1823.

» La tête du malade étant renversée en arrière et fixée sur la poitrine d'un aide, M. Roux de Saint-Maximin pratiqua l'opération de la manière suivante :

» 1° L'incision, partie de la commissure gauche, fut conduite en haut vers le milieu de la joue correspondante, en contournant la tumeur dans l'étendue d'un pouce et demi;

» 2° Une seconde incision commença à la fin de la première, et s'étendit jusqu'au milieu du menton;

» 3° Une troisième incision un peu courbe entoura tout le côté droit de la tumeur en conservant la dixième partie de la lèvre inférieure. Les parties malades furent disséquées; il en résulta une énorme perte de substance augmentée encore par l'action musculaire. Notre confrère, ne pouvant réunir les lèvres de la plaie à cause de la trop grande perte de substance, s'occupa de prévenir la perte de salive et la difformité en détachant de chaque côté les parties molles qui formaient les joues jusqu'à l'endroit où l'artère faciale contourne l'os maxillaire.

» Tout s'étant passé jusque là suivant les désirs de M. Roux, il prolongea la fin de l'incision mentonnière obliquement jusqu'à l'os hyoïde, et il s'occupa de disséquer le lambeau qui commençait à l'endroit où cette incision oblique avait pris son point de départ, et prolongea la dissection jusqu'au niveau du point où la première incision avait été faite. Il comprenait la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. M. Roux put alors réparer la perte de substance en faisant remonter le lambeau de manière à faire parvenir son angle supérieur vers le bord saignant droit des lèvres; l'angle opposé fut ajusté et réuni à la partie supérieure de la plaie, à l'endroit où devait exister la commissure gauche; de telle sorte que toute la partie intermédiaire à ces deux angles formait la lèvre inférieure. Il a donc suffi, pour remédier à un aussi grand dégât, de former un lambeau par des incisions obliques, et de faire rencontrer son angle interne au niveau de la portion de lèvre qui demeurait encore, pour obtenir un résultat satisfaisant.

» Pour combattre l'éréthisme, une saignée fut pratiquée, et une potion calmante administrée, afin de calmer la toux qui s'était déclarée tout d'un coup le troisième

jour. Malheureusement la toux, dont on ne put se rendre maître, déchira la cicatrice. M. Roux n'osa rien tenter de nouveau jusqu'au quarantième jour, époque à laquelle elle avait complétement cessé.

» A ce moment, tout était cicatrisé, si ce n'est l'angle du lambeau, et il en résultait par conséquent que la mâchoire était recouverte à l'exception des dents et des gencives. Par là la salive s'écoulait au dehors. M. Roux rafraîchit les bords flottants de la lèvre droite, de l'angle du lambeau, et les maintint en contact par la suture entortillée.

» L'adhérence ne se fit pas encore complétement, mais elle s'obtint dans les deux tiers environ. Cela fut suffisant pour retenir la salive dans la bouche, quoique le malade conservât une petite difformité, et montrât trois dents. La gencive étant recouverte, M. Roux ne crut pas devoir faire de nouvelles tentatives pour remédier à cette difformité. » (Jobert, *Traité de chirurgie plastique*, Paris, 1849, t. I, p. 342.)

D. *Procédé de Lisfranc et Morgan.* — Le procédé de Lisfranc et Morgan n'est autre chose que le procédé de M. Roux de Saint-Maximin, auquel on ajoute une incision verticale partant du milieu de l'incision semi-lunaire, incision qui descend plus ou moins bas, suivant l'étendue de la perte de substance qu'on a à réparer, et qui partage en deux le lambeau unique. Son emploi est avantageux toutes les fois qu'on est obligé d'enlever des lames de la mâchoire ou de faire subir une perte de substance à l'os.

E. *Procédé de Delpech et de Serre.* — Dans tous les procédés que nous venons de décrire, la lèvre artificielle que l'on obtient est dépourvue de membrane muqueuse, et, de plus, ne s'oppose qu'incomplétement à l'écoulement de la salive par suite de l'introversion du lambeau. Ce double inconvénient a suggéré à Delpech l'idée d'un procédé à l'aide duquel on pourrait revêtir d'une membrane muqueuse le bord libre de la lèvre. Serre a profité des idées de Delpech ; il conseille de disséquer la membrane muqueuse de la face interne de la tumeur, afin de la ramener sur le bord libre du lambeau, auquel elle doit servir de bordure et de soutien.

A ce procédé, on peut rattacher la modification imaginée par M. Viguerie, de Toulouse : elle consiste à conserver le bord libre de la lèvre lorsqu'il a été respecté par la lésion, à couper tout ce qui se trouve au-dessous, de manière à laisser là comme une espèce de pont, que le lambeau taillé à la manière de M. Roux de Saint-Maximin vient rechercher pour y être adapté et réuni.

« La méthode ancienne, dit M. Malgaigne, l'emporte certainement beaucoup sur les autres par ses résultats (procédé de Horn ou de Roonhuysen). En effet, la lèvre est formée des mêmes tissus musculaires, susceptible conséquemment des mêmes mouvements que l'ancienne ; elle est doublée de la même muqueuse, et offre un bord libre naturellement conformé. Il n'y a donc pas à hésiter toutes les fois qu'on peut y recourir. Mais quand le cancer occupe toute la lèvre, et s'étend même au delà des commissures, elle est absolument impraticable, du moins par le procédé ordinaire.

» C'est pour ces cas qu'on a inventé la méthode française (procédés de Chopart, de M. Roux de Saint-Maximin, etc.), qui ne donne qu'une lèvre mince, difforme, immobile, mais qui du moins répare la perte de substance, et empêche la salive de s'écouler. Le choix des procédés est assez indifférent. Celui de M. Roux est plus difficile, mais ne laisse point de cicatrice médiane ; la difficulté diminue dans celui de M. Lisfranc, et plus encore dans celui de Chopart, mais le nombre des cicatrices augmente dans la même proportion.

» Il me paraît qu'on parviendrait à réunir les avantages des deux méthodes, savoir, combler les pertes de substance les plus larges, et obtenir une lèvre mobile, par le procédé suivant qui se rattache à la méthode ancienne, et que j'ai décrit le premier.

» F. *Procédé de M. Malgaigne.* — Toutes les parties dégénérées doivent être enlevées d'abord, soit par une incision en V, comme dans le procédé ancien, soit par deux incisions verticales descendant jusqu'à la base de l'os maxillaire, et réunies là par une incision transversale.

» Dans le premier cas, on aura une perte de substance triangulaire ; il con-

vient alors de prolonger les angles de la bouche de chaque côté par une incision transversale, et de dissséquer de façon à obtenir deux lambeaux triangulaires. On en réunira les bords verticaux sur la ligne moyenne à l'aide de points de suture. Quant au bord supérieur, tout ce qui dépassera l'étendue qu'on veut donner à la lèvre sera également recousu à l'autre bord de l'incision horizontale.

» Dans le second cas, la perte de substance est quadrilatère. Aux deux incisions qui prolongent les commissures, il faut en ajouter deux autres parallèles qui longent la base de la mâchoire. On pourra ainsi détacher par la dissection deux lambeaux latéraux quadrilatères qu'on réunira l'un à l'autre sur la ligne moyenne, et aux autres incisions partout où besoin sera.

» Il résulte de ce procédé que les joues seules contribuent à former la lèvre, dont le bord libre est constitué par le bord saignant de l'incision horizontale. De cette manière la lèvre nouvelle contient des fibres musculaires appartenant à l'orbiculaire et à ses antagonistes ; elle est recouverte en arrière par une muqueuse naturelle ; et même on peut recouvrir son bord libre par la muqueuse, en se servant du procédé de M. Dieffenbach. » (Malgaigne, *loc. cit.*)

Ce procédé a été mis en usage avec succès par M. Bonnet de Lyon.

« Le cancer de la lèvre supérieure est comme, nous l'avons dit, une affection très rare; aussi la science ne possède-t-elle qu'un petit nombre de procédés pour la cheiloplastique de la lèvre supérieure. M. A. Bérard a décrit de la manière suivante celui qu'il employa pour réparer cette lèvre, après l'ablation d'un cancer qui en occupait toute la moitié gauche, et s'étendait jusqu'à la partie voisine de la joue, chez une femme de soixante-six ans.

» Le cancer fut cerné par trois incisions, dont deux perpendiculaires à la direction de la lèvre, la troisième transversale, et unissant supérieurement les deux autres. La plaie qui en résulta mettait à nu le bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit, une partie de celui du côté gauche et de la fosse canine. Pour combler cette perte de substance, je prolongeai l'incision transversale ou supérieure jusqu'au-dessous du masséter. J'incisai parallèlement et dans la même étendue, à partir de la commissure des lèvres. Les deux lambeaux obtenus comprenaient toute l'épaisseur de la joue, et offraient la forme d'un carré allongé, dont trois bords étaient libres, savoir, le supérieur, l'interne et l'inférieur, tandis que l'externe était adhérent au niveau du masséter. Il fut facile alors d'attirer ces lambeaux vers la ligne médiane où ils furent réunis par leur bord interne, tandis que leur bord supérieur fut joint à la portion voisine des joues et à la sous-cloison par des points de suture simple et entortillée. En bas ils furent réunis à la joue, jusqu'au niveau de la commissure des lèvres ; de telle sorte qu'une partie de ce bord inférieur saignant formait le bord libre de la nouvelle lèvre supérieure. » (Bérard, *Répertoire général des sciences médicales*, t. XVIII, p. 62.)

L'opération réussit parfaitement ; la lèvre supérieure ne conserva d'autre difformité que celle qui aurait pu résulter d'une opération de bec-de-lièvre pratiquée de la manière la plus heureuse. Lisfranc et M. Thomas ont rapporté deux autres cas dans lesquels ce procédé a eu le même succès.

Complications. — Certaines complications peuvent nécessiter des modifications dans les divers procédés de cheiloplastie ; elles se rattachent le plus souvent aux altérations dont est susceptible le corps de la mâchoire, et aux déviations des dents.

Le corps des os maxillaires est quelquefois hypertrophié et saillant; il arrive de même que les dents sont déplacées, saillantes et déformées.

Dans le premier cas, on est forcé d'enlever l'excès d'épaisseur de la mâchoire ; cette résection se pratique au moyen d'une gouge et d'un maillet.

Dans le second, on fait l'extraction des dents. La résection des os est un moyen extrême et environné de dangers ; le chirurgien ne devra y recourir qu'autant qu'il sera indispensablement nécessaire au rapprochement des parties molles. M. Roux et M. Gensoul de Lyon l'ont fait avec succès ; nous pouvons encore citer l'exemple de Lisfranc, dans un cas que M. Jobert a consigné dans son *Traité de chirurgie plastique*.

ARTICLE VI.

Inflammation des lèvres.

Causes. — L'inflammation générale des lèvres n'est pas une affection très commune. Elle reconnaît en général les mêmes causes que l'inflammation des autres parties. On l'a vue se développer à la suite de piqûres, d'ulcérations négligées et exposées à l'action de corps irritants; dans certains cas elle se lie à la stomatite, souvent elle se rattache à certaines maladies générales.

Symptômes et diagnostic. — Elle présente les symptômes de toutes les inflammations ; la région où elle siége ne lui imprime aucun caractère remarquable : à ce titre le diagnostic n'offre rien de particulier.

Marche et terminaison. — Il en faut dire autant de la marche et de la terminaison qui peut se faire par gangrène aussi bien que par résolution.

Traitement. — Le traitement à opposer à cette affection est le traitement antiphlogistique, avec les modifications que devront nécessairement comporter les variétés possibles de la maladie.

ARTICLE V.

Tuméfaction et hypertrophie des lèvres.

Causes. — La tuméfaction et l'hypertrophie des lèvres consistent quelquefois dans l'infiltration par de la sérosité, ou l'épaississement par les glandes qu'elles renferment, d'une couche de tissu cellulaire située dans l'épaisseur des lèvres, et qui entre dans la composition de ces organes. D'autres fois elles proviennent simplement du développement trop considérable ou du gonflement de la muqueuse. Quoi qu'il en soit, elles sont dues presque exclusivement à la constitution scrofuleuse ou à des fluxions répétées. M. Vidal (de Cassis), dans son *Traité de pathologie externe*, cite l'exemple d'une jeune fille chez laquelle cette difformité s'était développée sous l'influence d'érysipèles se reproduisant tous les mois.

Diagnostic. — Quand l'affection consiste simplement dans le développement trop considérable de la muqueuse, on observe à la face interne du bord libre de la lèvre supérieure, plus rarement de la lèvre inférieure, une sorte de bourrelet rougeâtre, tantôt sous la forme d'un ou de plusieurs petits tubercules, tantôt sous la forme d'une saillie transversale. Le bourrelet peut être congénial; toujours il a de la tendance à repousser la lèvre en dehors, surtout lorsque le malade veut rire ou parler; il constitue ainsi une difformité désagréable à la vue et expose la muqueuse labiale à devenir le siége de gerçures plus ou moins douloureuses.

Lorsque l'affection a son point de départ dans l'état scrofuleux du malade, le gonflement est général et ne forme point de saillie partielle; il sera toujours facile d'en reconnaître la nature à l'aide des signes fournis par la maladie dont il est le symptôme. La dissection a montré que dans cette circonstance le tissu cellulaire est épais, infiltré d'une plus ou moins grande quantité de sérosité, tandis que les muscles sont pâles, décolorés et amincis.

Traitement. — Le traitement varie suivant que le gonflement est partiel ou général.

Quand il est partiel, un aide tient la lèvre renversée en dehors, le chirurgien saisit le bourrelet transversalement au moyen de bonnes pinces, et, avec des ciseaux courbes ou un bistouri ordinaire, il en pratique l'excision.

Lorsque le gonflement est général, on peut y remédier par la compression, la cautérisation et l'excision.

La *compression* est un traitement long et incommode qu'on ne devra se résoudre à employer que chez les malades pusillanimes.

La *cautérisation* pratiquée à l'aide du nitrate d'argent, de la potasse caustique, du nitrate de mercure, pourrait, en déterminant des escarres répétées, diminuer l'épaisseur de la lèvre; mais ce traitement est long et douloureux, et la somme des souffrances causées par les cautérisations l'emporte de beaucoup sur la douleur qui résulte d'une prompte ablation par l'instrument tranchant; aussi donnons-nous la préférence à l'*excision*.

Voici le procédé opératoire conseillé par A. Paillard, dont nous avons parlé, tome V de la *Bibliothèque* (*Maladies des enfants*), p. 454, et que ce chirurgien a décrit dans le *Journal des progrès*.

« Le malade est assis sur une chaise basse; il est fixé par des aides. Sa tête est appuyée sur la poitrine du chirurgien qui est placé derrière lui; un aide saisit avec le pouce et l'indicateur la commissure des lèvres du côté droit, et la tire en avant. Le chirurgien, avec sa main gauche, en fait autant du côté opposé; avec la droite, qui est armée d'un bistouri droit et tranchant, il fait une incision qui s'étend depuis une commissure jusqu'à l'autre, en commençant sur le bord libre de la lèvre, à une distance de la face antérieure qui varie suivant l'épaisseur des tissus qu'il faut enlever. Il dissèque de bas en haut, jusqu'à quelques lignes du frein de la lèvre; et lorsque le lambeau se trouve entièrement séparé par la dissection de la partie antérieure de la lèvre qui doit rester, il le coupe à sa base avec le bistouri dont il s'est servi jusqu'alors, ou bien avec des ciseaux; il fait la ligature des artères coronaires supérieures, si elles sont coupées.

» Par le procédé que nous venons de décrire, on a pour ainsi dire dédoublé la lèvre, et l'on obtient une plaie avec perte de substance d'une assez grande étendue. Cette plaie doit nécessairement guérir en partie, par le rapprochement de ses bords qui sont assez éloignés l'un de l'autre, ce qui, joint à l'ablation d'une quantité plus ou moins grande de tissus, doit amener le retour de la lèvre à son état ordinaire. Le bord libre, qui dans le gonflement est antérieur, attiré actuellement par le rapprochement des deux bords de la plaie, redevient alors vertical et en rapport avec le bord libre de la lèvre inférieure, comme cela doit être dans l'état de bonne conformation.

» Aucun pansement n'est nécessaire; on peut se borner à établir, au bout de quelques jours, un appareil légèrement compressif sur la face antérieure de la lèvre pour aider au succès de l'opération. Tous les jours on fait sur la solution de continuité quelques lotions émollientes avec de l'eau de guimauve tiède. Un gonflement inflammatoire a lieu quelque temps après l'opération; mais il ne tarde point à se dissiper, et la suppuration qui se fait à la surface de la plaie contribue encore au dégorgement de la lèvre.

» Le manuel de l'opération sur la lèvre inférieure serait le même que sur la lèvre supérieure. » (Paillard, *Journal des progrès*, 1re série, t. III.)

Parmi les trois observations rapportées par Paillard, nous choisissons la suivante :

Obs. *Gonflement permanent de la lèvre supérieure à la suite d'érysipèles répétés; opération; guérison.*

« Le nommé Poulin, âgé de dix-sept ans, était à l'hôpital Saint-Louis garçon de pharmacie depuis neuf mois; il y était entré pour un érysipèle général de la face qui lui était survenu pour la troisième fois depuis deux ans. A chacune de ses apparitions, cet érysipèle lui avait laissé un gonflement de la lèvre supérieure, qui augmenta prodigieusement la troisième fois qu'il fut atteint de la maladie.

» La lèvre resta gonflée de manière à produire une horrible difformité: le bord inférieur était devenu tout à fait antérieur; la face postérieure, devenue inférieure, reposait sur le bord libre de la lèvre inférieure; la face antérieure, devenue supérieure, s'étendait jusqu'à la cloison du nez, et laissait à peine passage à l'air pour pénétrer par les narines dans les fosses nasales.

» Le gonflement, qui était indolent, ne paraissait point, à l'époque à laquelle j'examinai le malade, être formé par l'abord des fluides blancs dans cette partie. En comprimant la lèvre pendant un temps assez long, on n'obtenait aucune diminution dans son volume. Le malade la sentait parfaitement bien dans tous ses points, la remuait avec facilité; mais ces mouvements donnaient à son visage une expression tout à fait bizarre, et dans l'immobilité il paraissait stupide. Le malade était d'ailleurs fort et vigoureux, et quoiqu'il eût encore plusieurs glandes engorgées au cou et au-devant de l'oreille, je regardai son mal comme local et susceptible de guérison; il désirait d'ailleurs vivement être débarrassé. Je lui proposai l'opération que j'ai décrite : il l'accepta, et je la pratiquai le mercredi 15 août 1826.

» Avec un bistouri droit et bien tranchant je fis une incision qui s'étendit d'une commissure à l'autre sur le milieu du bord libre de la lèvre supérieure. Je disséquai ensuite de bas en haut, jusqu'à deux ou trois

lignes à peu près du bord adhérent. Par ce moyen je dédoublai la lèvre et formai à sa face postérieure un grand lambeau dont je coupai la base avec des ciseaux. Une grande quantité de sang s'écoula ; mais aucun vaisseau volumineux n'ayant été ouvert, je ne m'en inquiétai point ; l'hémorrhagie s'arrêta seule au bout de quelques instants.

» Aucun pansement ne fut fait ; le malade fut mis à la diète pendant quelques jours et à l'usage d'une boisson délayante. Une suppuration assez abondante se fit à la surface de la plaie. Chaque jour on voyait diminuer le volume et la saillie de la lèvre. Le 2 septembre 1826, le malade était tout à fait guéri, et quoique sa lèvre eût encore conservé un peu plus de volume qu'à l'ordinaire, sa figure était tellement changée par cette opération, qu'il était devenu méconnaissable. » (Paillard, *loc. cit.*)

ARTICLE VI.

Rétraction et coarctation des lèvres.

Causes. — Les brûlures des lèvres, les plaies d'armes à feu, les opérations pratiquées pour l'ablation d'un cancer ou d'une tumeur épidermique, une suppuration prolongée, la gangrène, la pustule maligne, les ulcérations syphilitiques, peuvent, en se cicatrisant d'une manière vicieuse, produire les rétractions et les coarctations des lèvres, dont le résultat ultime est le rétrécissement de l'ouverture buccale, l'*atrésie buccale.*

Symptômes et diagnostic. — Il n'est pas besoin d'un long examen pour reconnaître ces affections ; elles entraînent presque toujours avec elles une difformité plus ou moins grande, de la gêne dans la préhension et le passage des aliments, de la difficulté dans la mastication, dans l'articulation des sons et de la parole, qui, avec les données fournies par les commémoratifs, suffisent pour donner une idée exacte de leur nature.

Traitement. — On a employé pour les guérir différents procédés.

Boyer conseille de fendre transversalement les commissures, et de s'opposer à leur réunion au moyen de lames d'argent recourbées, et comme les bords de l'incision tendent toujours à se rétrécir, de donner à celle-ci beaucoup d'étendue, en évitant toutefois de blesser les artères labiales qui passent près des commissures des lèvres.

Bien que les lames d'argent recourbées soient tirées en sens contraire au moyen d'un bandage, ce procédé échoue le plus souvent.

On en a essayé un autre, qui consiste à pratiquer avec un trocart, à l'endroit même où devrait exister la commissure, un trou par lequel on passe un fil de plomb de dehors en dedans ; on ramène l'un des bouts de ce fil de plomb par l'orifice buccal rétréci pour le tordre avec l'autre bout ; cette torsion se fait tous les jours, de manière à couper les tissus par le ramollissement. Malheureusement, à mesure que la section a lieu, des fausses membranes et des bourgeons charnus viennent opérer une réunion en arrière du fil.

Chélius, dans son *Traité de chirurgie*, cite un exemple dans lequel Krügen-Hausen modifia avec succès ce dernier procédé ; il laissa le fil de plomb en place jusqu'à cicatrisation complète de l'ouverture, puis il acheva l'incision du reste de l'adhérence.

Les seules opérations sur le résultat desquelles on puisse compter appartiennent à la chirurgie plastique.

Serre, après avoir agrandi la bouche, réunit la muqueuse à la membrane cutanée.

Dieffenbach a décrit, en 1828, un procédé qui, d'après M. Ph. Rigaud, appartient à Werneck et remonte à 1817, où il a été employé avec succès.

« Ma méthode, c'est ainsi que s'exprime Dieffenbach, consiste à retrancher des deux côtés de l'ouverture arrondie une bande assez épaisse de toutes les parties molles, jusqu'à la membrane muqueuse, que je laisse intacte. Je la divise ensuite suivant la direction de la bouche, et en faisant écarter les mâchoires je détruis les adhérences qu'elle peut avoir, mais non cependant jusque vers les angles.

» Après ce temps de l'opération, la membrane muqueuse est attirée sur la plaie des parties molles ; les bords de la peau et de la membrane qui se touchent sont réunis par la suture entortillée avec les plus fines de mes aiguilles ; au centre

des lèvres on plisse la membrane muqueuse, en ayant soin de tirer fortement en dehors des angles la partie de cette membrane qui n'a pas été coupée. »

M. Velpeau conseille, pour simplifier l'opération, lorsque la membrane muqueuse, modérément amincie et tendue comme une toile, reste seule au fond de la plaie, de passer tous les fils, l'un après l'autre, de la bouche dans la plaie, puis de la plaie en dehors, à travers le bord cutané de la division. On commence par la rangée inférieure et l'on finit par la rangée supérieure pour chaque commissure. On obtient en même temps une suture plus régulière.

M. Jobert de Lamballe a imaginé une méthode qu'il appelle *méthode par renversement ou par inflexion*. Elle se compose de trois temps.

Dans le premier on débride, dans une étendue nécessaire, les parties réunies, soit à l'aide des ciseaux, soit avec le bistouri. On obtient ainsi deux plaies transversales superposées, dont les bords sont limités en dedans par la muqueuse, en dehors par la peau.

Dans le deuxième on élargit les surfaces saignantes aux dépens du bord externe des lèvres des deux plaies, et conséquemment de la peau.

Le troisième temps consiste en un mode particulier de suture, pour lequel on se sert d'épingles sur lesquelles on place ensuite des anses de fil, ou bien d'aiguilles chargées de ligatures qu'on rapproche ensuite comme dans les cas ordinaires.

« L'épingle est présentée à la muqueuse de dedans en dehors, et la traverse, ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux, dans l'épaisseur d'une ligne seulement. Puis, se renversant toujours dans le même sens, en décrivant un mouvement de bascule, elle passe au-dessus de la plaie, vient s'implanter à son bord externe dans le tissu cellulaire qui longe la peau, et pénètre profondément dans les chairs, de manière à sortir de nouveau par la muqueuse, mais de dehors en dedans, à deux ou trois lignes du point par lequel elle y était primitivement entrée. Elle supporte et semble ainsi former un bourrelet charnu dont le bord externe offre réunies ensemble les lèvres libres de la muqueuse et de la peau. On dispose ainsi le nombre nécessaire d'épingles ou de points de suture, et l'on termine l'opération comme dans les cas de ce genre. » (Jobert, *loc. cit.*)

Ici on n'a pas à redouter la déchirure, l'inflammation et la gangrène de la muqueuse, comme dans le procédé de Dieffenbach.

M. Jobert rapporte l'observation détaillée d'un homme atteint d'un rétrécissement buccal à la suite d'une opération de cancer, chez lequel cette opération eut un succès complet. La guérison eut lieu dans l'espace de moins de trente jours.

CHAPITRE II.

MALADIES DE LA LANGUE.

ARTICLE PREMIER.

Plaies de la langue.

Les plaies de la langue sont produites par des instruments tranchants, piquants ou contondants; mais elles résultent le plus souvent de l'action des dents, par suite du rapprochement brusque et violent des mâchoires, comme dans une chute sur le menton et surtout dans les convulsions de l'épilepsie.

Les plaies d'armes à feu, les seules plaies de cet organe qui aient de l'importance, sont suivies d'une perte de substance plus ou moins considérable, soit par l'ablation immédiate d'une portion de la langue, soit par la mortification, qui est la conséquence du passage du projectile. Aussi ces plaies sont-elles ordinairement longues à guérir. La balle peut quelquefois rester logée dans l'organe, ainsi que cela s'est rencontré dans le cas suivant :

« Un homme qui avait servi dans les armées françaises fut reçu à l'hôpital de la Charité pour une tumeur très dure qui occupait la partie latérale droite de la langue, dont elle gênait beaucoup les mouvements. En questionnant cet homme, j'appris que quatre ans auparavant il avait été blessé par une balle de fusil, qui avait pénétré dans la bouche en brisant la dent canine et la première petite molaire; qu'il était survenu un gonflement considérable de la langue et des autres parties de la bouche; que ce gonflement fut combattu

par la saignée, la diète, les boissons rafraîchissantes et les gargarismes ; qu'après sa disparition, quoiqu'il restât une tumeur dure sur le côté de la langue, on crut que le malade était guéri. Il quitta l'hôpital, et bientôt après le service, pour se retirer chez lui. En examinant attentivement le bord droit de la langue, j'aperçus sur sa partie moyenne un orifice fistuleux ; un stylet introduit dans cette ouverture pénétra jusqu'à un corps dur que je jugeai être une balle. Je fis sur le bord de la langue une incision longitudinale, par laquelle je retirai la balle, dont la forme avait été altérée par la résistance des dents qu'elle avait brisées. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 395.)

Lorsque la langue est incomplétement fendue, le repos et des soins de propreté suffisent en général ; s'il y avait une hémorrhagie, on recourrait à la glace et aux liqueurs styptiques. Dans le cas où ces moyens échoueraient, il faudrait montrer au malade la manière d'exercer lui-même la compression sur la source de l'hémorrhagie avec ses doigts, ou en charger un aide, car les appareils de compression seraient fort incommodes dans cette région. Comme dernière ressource, il resterait le cautère actuel, toujours efficace dans ce cas. On ferait usage des mêmes procédés pour arrêter l'hémorrhagie dans les plaies avec perte de substance.

Dans les plaies à lambeau, au lieu d'enfermer la langue dans une bourse de toile fine, etc., il vaut beaucoup mieux réunir avec quelques points de suture simple, comme après l'excision en V d'un cancer de cet organe, par exemple ; le procédé est beaucoup plus sûr et moins gênant ; la cicatrice qu'il procure est plus régulière ; en un mot, ce moyen conseillé par Boyer, qui, du reste, ne paraît pas l'avoir essayé dans cette circonstance, paraît de tout point préférable à un bandage quelque ingénieux qu'il soit.

ARTICLE II.

Corps étrangers dans l'intérieur de la langue.

Des corps étrangers peuvent pénétrer dans l'épaisseur de la langue, y rester enclavés et former une tumeur plus ou moins considérable. On connaît l'observation que Boyer a donnée dans son *Traité des maladies chirurgicales;* nous allons en rapporter une autre qui n'est pas moins intéressante : nous l'empruntons à la *Gazette des hôpitaux* (1845).

Obs. « Pierre Coulon, peintre, âgé de vingt-sept ans, ayant servi en Afrique, est entré à la Charité le 16 avril, se plaignant d'une douleur au côté droit de la langue, occasionnée par un ulcère qui n'avait pas cessé de suppurer depuis une opération subie en Afrique, à la suite d'un coup de feu reçu au niveau du bord supérieur droit du maxillaire inférieur.

» Cet homme, qui a perdu trois dents de ce côté, affirme qu'une portion de ces dents a été extraite de la langue dans le point où l'ulcère existe aujourd'hui, et que maintenant encore il reste, soit une dent, soit une balle profondément engagée dans le tissu de la langue, et que déjà, depuis son retour en France, on a essayé, mais vainement, d'en faire l'extraction.

» En saisissant la langue entre deux doigts, on sent, en effet, un corps étranger très résistant qui n'est point arrondi comme une balle, mais qui présente, au contraire, de nombreuses rugosités. Sur le côté de la langue existe un trou ulcéré, sanieux, entouré de tissu lardacé.

» M. Velpeau pense que ce corps est plutôt une balle qu'une dent, et il se propose de l'extraire de la manière suivante. Agrandissant l'ouverture à l'aide d'un bistouri dans plusieurs points différents, quand le corps étranger est senti à nu, il le saisit à l'aide de fortes pinces et cherche à l'ébranler en divers sens. Après quelques tractions assez fortes, le corps est amené à l'extérieur. C'est, en effet, une balle de calibre ayant presque perdu sa forme et comme sculptée sur toutes ses faces. Il y avait plusieurs mois que le malade la portait, complétement entourée par le tissu de la langue. »

Les tumeurs de la langue formées par des corps étrangers se reconnaissent, comme on le voit, à ce qu'elles sont dures, peu sensibles et nettement limitées ; à ce qu'elles s'accompagnent d'une fistule qui communique avec le corps étranger, et à travers laquelle on peut le sentir à l'aide

d'un stylet fin; à ce qu'enfin elles se sont développées tout à coup à la suite d'une blessure par arme à feu ou d'une autre nature.

L'extraction du corps étranger ne présente pas de difficulté.

ARTICLE III.

Inflammation de la langue (glossite).

§ I. Glossite aiguë.

La glossite aiguë, ou gonflement inflammatoire de la langue, a encore été désignée sous les noms de *glossite profonde*, *phlegmoneuse* ou *œdémato-phlegmoneuse*, de *glossite parenchymateuse aiguë*, de *congestion sanguine* ou *apoplectique*. Les auteurs les plus anciens, Hippocrate, Galien, Arétée, Aëtius, Avicenne en ont fait mention. A une époque plus rapprochée de nous, A. Paré, Louis, Delamotte, Double en ont parlé tour à tour.

Causes. — Les causes de cette affection sont très variées; elle survient fréquemment dans le cours de la petite vérole et vers le déclin des fièvres typhoïdes; toute action irritante mécanique ou chimique peut lui donner naissance, Ainsi, on l'a vue se montrer à la suite de plaies d'armes à feu qui avaient labouré la langue, ou bien à la suite de morsures répétées dans les accès d'épilepsie; la rupture du frein de la langue, la piqûre de quelques insectes, la morsure de la vipère, ont encore été signalées comme ayant déterminé son développement. Nous empruntons au *Bulletin chirurgical* de M. Laugier un exemple de l'action de la dernière de ces causes.

Obs. 1. *Glossite par une morsure de vipère; trachéotomie; guérison.*

« Dieudonné H... est mordu à la langue par une vipère, dont il avait introduit la tête dans sa bouche.

» La plaie fut lavée aussitôt, néanmoins la langue se tuméfia considérablement : la tuméfaction s'étendait aux régions parotidienne et sous-maxillaire. Scarifications profondes de la langue, soulagement peu durable. La dyspnée survint bientôt et la suffocation était imminente; la face était livide; syncope.

» La trachéotomie fut pratiquée, un tuyau de plume placé dans la trachée. Après les premiers mouvements de respiration, une saignée du bras fut faite, et parut produire un très bon effet; alors on administra à l'intérieur trente gouttes d'alcali volatil dans de l'eau de sureau. Au dix-neuvième jour, la guérison était obtenue. »

Dupuytren a observé la glossite à la suite d'une cautérisation par le sulfate de cuivre; il est incontestable que la bave du crapaud peut lui donner naissance.

Enfin elle peut survenir sous l'influence d'un refroidissement subit.

Symptômes, marche. — Le gonflement inflammatoire de la langue occupe ordinairement toute l'étendue de cet organe; mais il peut aussi se borner à l'une de ses moitiés latérales ou simplement à sa base. Quoi qu'il en soit, comme l'a dit M. Bouillaud, la glossite phlegmoneuse ou profonde aiguë se reconnaît aux symptômes suivants: « Rougeur, chaleur, douleur sourde et tuméfaction. La langue tuméfiée presse contre les parties voisines; et quand elles résistent, comme les arcades dentaires, elle en porte l'empreinte plus ou moins profonde. Son gonflement est quelquefois si considérable, que sa pointe s'échappe, violette ou noirâtre, à travers la bouche, et que la base envahit la cavité de l'arrière-gorge.

» Une mucosité gluante, plus ou moins abondante, la recouvre; le sécrétum se mêle quelquefois à une certaine quantité de sang exhalé; et si ce mélange vient à se concréter, il en résulte des croûtes brûnâtres et fuligineuses. Mais lorsque les glandes salivaires participent à l'irritation, comme dans une violente glossite mercurielle, par exemple, au lieu d'être sèche, la langue est inondée d'une pluie de salive épaisse, visqueuse, filante, qui ruisselle à travers les lèvres, sous forme d'une bave infecte.

» Cet énorme gonflement de la langue paraît tenir en même temps à la congestion sanguine et à l'infiltration œdémateuse, qui tend parfois à la suppuration.

» Dans cet état de turgescence, les mouvements de l'organe, et partant la mastication, la déglutition, la parole, sont ou très difficiles ou même entièrement impossibles. Quelquefois aussi, en raison

de la saillie de la langue du côté de l'arrière-gorge, la respiration est fort embarrassée et la suffocation imminente; alors le visage s'injecte, se gonfle, et l'état du malade est fort grave. Des ulcérations se développent souvent sur la surface de la langue ainsi violemment enflammée, et cet organe peut être frappé de gangrène par suite de l'excessive intensité de la maladie.

» Les symptômes de réaction fébrile sont quelquefois peu prononcés ou même nuls; d'autres fois ils ont une intensité extrême. » (Bouillaud, *Nosographie médicale*, Paris, 1846, t. II, p. 641.)

A ce tableau si précis, si complet et si frappant, ajoutons quelques remarques : L'invasion de la maladie est quelquefois précédée d'une douleur et d'une chaleur vives dans les parties; dans quelques cas le gonflement survient d'une manière subite. Sa marche est plus ou moins rapide: il peut se faire que la langue acquière en quelques heures un volume prodigieux; le plus ordinairement ce phénomène s'accomplit dans l'espace de quelques jours. Ces différences tiennent sans doute aux causes sous l'influence desquelles la maladie a pris naissance.

A l'appui de la description que nous venons de rapporter, on peut donner l'observation qui suit (*Journal de Sédillot*, 28) :

Obs. 2. *Glossite au déclin d'une fièvre putride; traitement antiphlogistique; guérison.*

« Un soldat du régiment de Piémont, convalescent d'une fièvre putride, sortit de l'hôpital de la Brigne (Var) pour se promener; invité par la chaleur du soleil, il se coucha sur la terre et s'endormit.

» Au moment où il se réveilla il sentit une douleur vive à la langue et de l'embarras dans ses mouvements. De retour à l'hôpital, il ressentit un accès de froid très intense, qui fut bientôt suivi d'une grande chaleur à la peau, d'un violent mal de tête, de vertiges; il fut très altéré toute la nuit, et la langue, où il ressentait des élancements, augmenta considérablement de volume.

» Elle était très rouge et sèche, et commençait déjà à déborder les dents; le malade ne pouvait plus articuler de paroles intelligibles, il éprouvait de la difficulté à respirer et à avaler des boissons. Je le vis le matin : je lui trouvai le visage très enflammé avec beaucoup de chaleur à la peau, le pouls dur et très plein. Je lui ordonnai une saignée très forte du bras, des fomentations émollientes, des pédiluves, des lavements purgatifs; on mit un cataplasme émollient sous le menton, et pour boisson décoction d'orge miellée et nitrée. Je fis faire l'ouverture des veines ranines. On eut beaucoup de difficulté à la pratiquer, et elles ne donnèrent que peu de sang.

» Le malade, qui le matin avalait encore avec peine quelques gouttes de liquide, ne pouvait plus rien avaler vers le soir; la langue, plus tuméfiée et plus rouge, occupait tout l'espace compris entre les deux mâchoires et débordait de plusieurs lignes les dents, qui avaient déjà produit par leur frottement une excoriation à la surface. Le malade ne respirait que par le nez et avec peine; il paraissait menacé d'une suffocation si prochaine, que je proposai la bronchotomie comme le seul moyen de l'arracher à une mort certaine.

» On mit sur le champ dix-huit sangsues sous le menton et autour du cou; on laissa couler le sang après leur chute: on aperçut aussitôt une diminution sensible dans l'inflammation de la langue; sa couleur fut d'un rouge moins intense; son volume diminua et permit le passage de l'air par la bouche. A minuit, la langue ne dépassait déjà plus les dents; le malade put avaler quelques gouttes de sa boisson; le lendemain la langue n'occupait pas même le volume double de son état naturel; le lendemain soir, troisième jour, elle avait repris ses dimensions ordinaires, et l'on n'observait plus que les légères excoriations produites par les dents. »

Terminaison. — Le mode de terminaison le plus fréquent est la terminaison par *résolution:* elle peut s'opérer par les seuls efforts de la nature ou sous l'influence des moyens thérapeutiques.

La terminaison par *suppuration* est rare; elle survient ordinairement vers le sixième ou le septième jour de la maladie. A ce moment, les accidents paraissent diminuer peu à peu, tandis que l'inflammation se concentre sur un point circonscrit qui de-

vient saillant, et présente tous les caractères des abcès de la langue.

Le gonflement aigu de la langue peut aussi passer à *l'état chronique*, principalement dans la glossite mercurielle ; il devient alors l'origine d'accidents dont il sera parlé plus loin.

La terminaison par *gangrène* est très rare, si ce n'est chez les individus d'une complexion naturellement faible ou dont le tempérament a été affaibli par des maladies antérieures. On la voit encore chez les convalescents ; Frank l'a observée chez un scorbutique.

Enfin, lorsque le malade est abandonné à lui-même, ou bien lorsqu'il est soumis à une médication trop peu énergique, la glossite peut se terminer par la mort. Cette terminaison funeste est ordinairement le résultat de l'asphyxie.

Pronostic. — Le pronostic du gonflement inflammatoire de la langue varie avec la nature des causes qui lui ont donné naissance, avec l'intensité de l'inflammation, avec les conditions dans lesquelles se trouve placé le malade. Ainsi, il est beaucoup plus grave lorsqu'il est le résultat de la morsure d'une vipère que lorsqu'il est dû à la piqûre d'un insecte; lorsqu'il survient dans le cours ou à la suite d'une maladie, que lorsqu'il se montre chez un individu sain et bien portant.

Traitement. — Le traitement doit évidemment varier avec le degré de l'inflammation. Quand le gonflement est léger et ne s'oppose pas à la déglutition, les boissons adoucissantes, les lavements laxatifs, les purgatifs, les bains de pieds sinapisés suffisent pour suspendre les progrès de la maladie.

Si cependant, malgré l'emploi de ces moyens, le caractère inflammatoire vient à se prononcer davantage, il faut, sans retard, avoir recours à la saignée locale et générale.

Lorsque tous ces moyens ont échoué, il reste une ressource dont l'expérience a démontré l'efficacité : elle consiste à inciser profondément la langue parallèlement à son axe longitudinal. Deux incisions suffisent généralement. Voici comment Boyer conseille de les pratiquer :

« On commence. dit-il, par placer entre les deux mâchoires un coin de bois pour les tenir écartées pendant qu'on opère ; on porte ensuite le plus près possible de la base de la langue la pointe d'un bistouri long, à lame fine, et l'on incise profondément la langue en ramenant le bistouri d'arrière en avant jusqu'à la pointe de cet organe. Si la langue n'est gonflée que partiellement, on fait une seule incision sur le lieu de l'engorgement; mais quand la langue est tuméfiée en totalité, il faut que les incisions soient à distance égale entre le milieu de la langue et chacun de ses bords. Il est indispensable qu'elle soit maintenue pendant cette opération ; on la fixe avec les doigts de la main gauche ou avec une érigne. » (*Loc. cit.*)

Sous l'influence de cette opération, l'organe revient promptement à son volume naturel, la plaie se cicatrise en quelques jours et sans le secours d'aucun pansement. Il convient seulement de pratiquer très souvent des lotions avec de l'eau d'orge et du miel rosat; et plus tard, lorsque l'état des parties le permet, de laver la bouche avec le même liquide. De cette manière on enlève le sang et le pus, et par là on favorise la cicatrisation.

Le lecteur a pu juger par l'une des observations précédentes de l'efficacité du traitement antiphlogistique ; la suivante est propre à lui donner une idée des bons effets que l'on peut retirer des scarifications. Elle a été consignée par Delamalle dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

OBS. 3. *Gonflement inflammatoire aigu de la langue dans la convalescence d'une fièvre maligne ; traitement par les scarifications ; guérison rapide.*

« Le nommé Denis Troisvolets, vigneron à Champs-sur-Marne, près Chelles, convalescent d'une fièvre maligne, fut attaqué tout à coup, la nuit du 8 au 9 mars 1725, d'une douleur à la langue suivie d'une tuméfaction aussi considérable que prompte. En moins de cinq heures, cette partie devint trois fois plus grosse que dans son état naturel, et, dans cet intervalle, Delamalle père, qui fut appelé au secours de cet homme, l'avait saigné successivement du bras, de la veine jugulaire et du pied, sans succès.

» Le malade ressentait une douleur aiguë ; la chaleur de la peau était brûlante,

le visage était gonflé et livide, le pouls dur et concentré, la vue égarée; le malade pouvait à peine respirer, la langue remplissait toute la cavité de la bouche et faisait saillie hors des lèvres.

» Delamalle, dans ce cas très urgent, ne trouva d'autre expédient que de mettre un coin entre les dents, pour tenir la bouche un peu plus ouverte qu'elle ne l'était par le gonflement excessif de la langue, et de faire avec un bistouri, sur la longueur de cette partie, depuis la base jusqu'à la pointe, trois incisions parallèles, l'une au milieu, les deux autres à égale distance du milieu et de chaque bord; elles pénétraient dans les deux tiers de l'épaisseur contre nature.

» Les taillades eurent tout l'effet qu'on pouvait en attendre : il en sortit une grande quantité de sang et la langue fut dégonflée au point que le malade put parler une heure après. Les incisions ne parurent le lendemain que des scarifications superficielles, lorsque la langue eut repris son premier état, et elles furent guéries en peu de jours pendant lesquels le malade se servit de temps en temps, en forme de gargarisme, d'une infusion de sommités de menthe et de fleurs de sureau animée d'un peu d'eau vulnéraire. Il ne fallait rien moins qu'un secours aussi prompt dans son effet, ajoute Delamalle, pour sauver la vie au malade dans la circonstance critique où il se trouvait par les progrès rapides du gonflement de sa langue. »

§ II. Glossite mercurielle.

« Si l'inflammation phlegmoneuse, dit M. Maisonneuve (*Thèse sur les tumeurs de la langue*, 1848), présente, quand elle siége à la langue, des caractères à peu près semblables à ceux que l'on remarque dans toute autre partie de l'organisme, l'inflammation due à l'intoxication mercurielle, au contraire, peut être considérée comme spéciale à la bouche, et donne lieu dans cette région au développement de phénomènes particuliers. Elle a une physionomie propre qui n'a rien d'analogue avec celle que présentent les inflammations développées sous une autre influence. » A ce titre elle mérite une description à part.

Causes. — La glossite mercurielle ne constitue jamais une affection isolée, elle est constamment liée à la stomatite mercurielle; comme elle, elle reconnaît une cause unique, l'introduction du mercure dans les liquides de l'économie : nous avons longuement exposé à l'article *Stomatite* les différents modes suivant lesquels se fait cette introduction.

Symptômes. — Ce n'est ordinairement qu'à un degré assez avancé de la stomatite mercurielle, et lorsque la cause toxique prolonge son action, que se montre l'inflammation de la langue; elle s'annonce par une augmentation de volume tellement considérable de l'organe que celui-ci ne peut plus être contenu dans la bouche et dépasse les bords alvéolaires. Bientôt des ulcérations fongueuses et blafardes se forment sur divers points et mêlent leur sanie infecte à la sécrétion salivaire; elles sont dues autant à la pression mécanique des dents qu'à l'inflammation elle-même. A ces phénomènes se joint l'appareil des symptômes de la stomatite mercurielle.

Diagnostic et pronostic. — Nous n'insisterons point sur le diagnostic, il rentre dans le diagnostic de la stomatite mercurielle, et en général ne présente pas de difficultés. Le pronostic, lorsque l'affection a atteint un certain degré d'intensité, ne laisse pas que d'être grave, en raison des inconvénients que cause la glossite, comme la gêne de la parole, de la respiration et de la mastication. Toutefois la simple suppression de l'influence toxique suffit pour amener une résolution dans l'espace de quelques semaines; dans certains cas aussi la maladie passe à l'état chronique et se prolonge pendant un temps considérable.

Traitement. — Le traitement de la glossite mercurielle est celui de la stomatite mercurielle; contentons-nous de rappeler que lorsque l'inflammation a fait place à une sorte d'état atonique, on doit, tout en continuant l'usage des dérivatifs, remplacer les topiques émollients et l'emploi des antiphlogistiques par des astringents tels que les gargarismes préparés avec le suc de citron, le vinaigre, les acides sulfurique et chlorhydrique, l'alun, etc. On cautérisera les ulcérations. Si la tuméfaction de la langue faisait craindre quelque accident, on se comporterait comme dans les cas d'inflammation phlegmoneuse.

§ III. Abcès de la langue.

Les auteurs classiques n'ont point décrit les abcès de la langue dans un chapitre à part, à peine les ont-ils signalés comme terminaison de la glossite aiguë. Hâtons-nous de dire que les observations recueillies dans la science sur cette maladie sont rares et appartiennent toutes à une seule classe d'abcès, les abcès phlegmoneux.

Ces abcès succèdent à l'inflammation du parenchyme de la langue.

« Au moment, dit M. Maisonneuve (*loc. cit.*), où les symptômes inflammatoires sont arrivés à leur summum d'intensité, la douleur qui était pulsative devient gravative ; le malade éprouve des frissons irréguliers ; la langue, sans cesser d'être aussi volumineuse, se modifie un peu dans sa forme : un point de sa surface devient plus saillant, se ramollit, et souvent si l'abcès est superficiel et placé sur un point reculé de l'organe où l'exploration est difficile, il s'ouvre spontanément avant qu'on ait constaté son existence.

» Les collections purulentes se rencontrent dans presque tous les points de l'organe, mais principalement vers la base ; elles sont quelquefois cachées profondément dans l'épaisseur de la langue, le plus souvent elles sont rapprochées de la surface.

» Leur volume n'est pas ordinairement considérable, cependant elles peuvent contenir jusqu'à plusieurs cuillerées de pus, principalement quand elles occupent un point rapproché de la base de l'organe. Comme dans tous les abcès qui se développent dans le voisinage du tube digestif, le pus qu'elles contiennent a une odeur fétide, qui en a imposé à quelques chirurgiens pour l'existence de la gangrène. »

Traitement. — Aussitôt que l'on soupçonne l'existence du pus, on doit pratiquer une large et profonde incision sur le point culminant de la partie enflammée ; on favorise la détersion du foyer par des injections fréquentes et pratiquées avec soin. Quelques jours suffisent pour la cicatrisation.

Nous croyons devoir terminer ce sujet par une observation que nous empruntons à M. Tronches. (*Gazette des hôp.*, t. I, p. 71.)

Obs. *Abcès à la langue ; incision ; guérison rapide.*

« Jean Uroek, ouvrier, disposé à la phthisie et adonné aux liqueurs alcooliques, s'aperçut que sa langue devenait plus pesante, et qu'il lui était plus difficile d'articuler certains mots ; il sentit bientôt une douleur accompagnée de pulsations et une tuméfaction manifeste de toute la moitié postérieure de la langue. Il ne vint invoquer mes soins que quand les souffrances l'y contraignirent.

» La déglutition et la respiration étaient on ne peut plus pénibles, et la racine de la langue était véritablement étranglée : tous les symptômes de la glossite existaient. Déjà le malade avait fait usage pendant quelques jours de liquides tièdes et mucilagineux, et le mal l'avait forcé à une abstinence complète. Malgré tout cela la tumeur de la partie postérieure de la langue avait pris le plus haut degré de gravité, et le doigt ne pouvait pas être porté jusque sur la tumeur. Il était par conséquent impossible de s'assurer s'il existait de la fluctuation. Je pratiquai une incision pour produire un dégorgement sanguin, mais je donnai en même temps issue à une grande quantité de pus.

» La tumeur s'affaissa instantanément, et, après deux jours, il n'existait plus de traces ni d'incision ni de dureté. Je n'ai pas pu être éclairé sur les causes de la maladie, ni sur le rapport avec la phthisie pulmonaire, qui se manifesta peu après, et emporta mon malade en très peu de temps. »

ARTICLE IV.

Prolongement chronique de la langue.

L'affection qui nous occupe a été en partie décrite dans le chapitre des maladies des enfants, sous les noms d'*hypertrophie et chute de la langue ;* nous allons compléter ici cette description qui n'a trait qu'à l'hypertrophie de la langue, congénitale ou développée peu de temps après la naissance.

Cette maladie consiste dans l'augmentation lente et graduelle du volume de la langue sans altération appréciable de son tissu ; indépendamment des deux dénominations que nous venons de rappeler, elle porte encore les noms de *langue de veau*,

langue pendante, *macroglosse*, qui tous peignent assez bien le phénomène saillant de l'affection. M. Maisonneuve a proposé (*Thèse sur les tumeurs de la langue*, 1848) de leur substituer celui d'*étranglement chronique de la langue*.

Galien est le premier auteur qui ait fait mention du prolongement chronique de la langue; après lui, Gaspard Feucer, Scaliger, Marcel Donat, Thomas Bartholin, Mauraut, Mirault (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. IV, p. 35), Delpech, et plusieurs autres que nous omettons, en ont parlé tour à tour.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique comprend, d'une part, les altérations qui siégent sur la langue elle-même, de l'autre celles que l'on observe sur les organes voisins.

Au nombre des premières il faut signaler d'abord un simple déplacement de l'organe, déplacement qui, le plus souvent, ne s'accompagne point d'augmentation de volume. La langue paraît attirée en avant par les muscles, sous l'influence de la volonté, ou peut-être par le fait d'une contracture; elle est encore renfermée dans l'intérieur de la cavité buccale, et tant que dure cet état de choses, elle conserve son aspect et ses propriétés normales.

Mais il arrive une période où la langue, sortie depuis un certain temps de l'orifice buccal, a subi le contact prolongé de l'air et des corps extérieurs, en même temps que la pression des arcades dentaires. On voit alors sa partie extérieure, tantôt cylindrique, tantôt renflée en masse ou étalée en tablier, se recourber en bas et couvrir une grande partie du menton. Elle est séparée de la portion restée au dedans de la bouche par un sillon transversal assez superficiel à la face supérieure, beaucoup plus profond à la face inférieure. La membrane muqueuse est quelquefois lisse et tendue, mais le plus ordinairement elle est hérissée de papilles hypertrophiées; des veines variqueuses la parcourent surtout à sa partie inférieure et sur les côtés du frein; sa couleur est d'un rouge violacé; du reste elle peut être recouverte d'une croûte noirâtre, de mucus desséché ou privée de son épithélium qui, dans cette circonstance, laisse à nu le corps muqueux rouge et excorié. Sa consistance est tantôt ferme et rénitente, tantôt œdémateuse. La portion contenue dans l'intérieur de la bouche ne présente d'autre particularité que sa projection en avant, projection qui fait que sa face inférieure paraît se continuer avec les gencives.

La section de ces sortes de tumeurs a fait voir qu'elles consistent dans une véritable hypertrophie sans altération de texture, et qui est le résultat unique d'une augmentation de volume et d'un développement plus grand de toutes les parties qui composent la langue.

Les altérations des organes voisins ne se montrent guère qu'à partir de la seconde période.

La première est le déplacement de l'os hyoïde et du larynx qui se trouvent graduellement entraînés en avant et en haut par le poids de la langue, en même temps que les amygdales et les piliers du voile du palais dont la direction devient oblique.

Au bout d'un certain temps, les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure se dévient en avant; obliques d'abord, plus tard horizontales, elles forment une gouttière dans laquelle repose la partie inférieure de la langue. Leur solidité est plus ou moins compromise, leurs gencives sont molles et fongueuses. Les dents molaires, au contraire, proéminent d'autant plus que l'écartement des mâchoires n'a laissé aucun obstacle à leur allongement.

Souvent la branche horizontale du maxillaire inférieur éprouve un arrêt de développement; d'autres fois cet os subit une sorte de torsion en vertu de laquelle la branche horizontale forme avec la branche montante une angle beaucoup plus obtus, circonstance qui contribue, avec les altérations déjà indiquées, à empêcher le rapprochement des deux mâchoires en avant.

La lèvre inférieure renversée en bas est souvent œdémateuse et ulcérée.

Causes. — « Au premier rang des causes prédisposantes, dit M. Maisonneuve, se trouve une disposition native peu connue encore dans son essence, et peut-être variée dans sa nature : c'est tantôt une longueur congénitale trop considérable de l'organe; d'autres fois une élévation et une projection trop grandes en avant du larynx, sous l'influence de quelque contracture des fibres postérieures des mus-

cles génioglosses; d'autres fois une paralysie plus ou moins complète des fibres musculaires qui retiennent la langue dans sa position normale; d'autres fois peut-être une hypertrophie réelle de l'organe.

» Parmi les causes accidentelles se remarquent les convulsions si fréquentes à l'époque de la première dentition, les attaques épileptiformes, les contractions musculaires, certaines congestions coïncidant avec les époques menstruelles, les efforts de succion, le gonflement mercuriel de l'organe ou bien encore l'habitude vicieuse que contractent certains individus de se mordre la langue et de se la tenir allongée. » (Maisonneuve, *loc. cit.*)

Toutes ces causes tendent à porter la langue en avant et en dehors, il en est d'autres qui ont pour effet de la maintenir dans cette position vicieuse et de provoquer son développement ultérieur : « Ce sont toutes ces circonstances qui peuvent produire une irritation de l'organe. Au premier rang se trouve la pression continue exercée par les dents ou les gencives sur la partie qui leur correspond. Il en résulte d'abord une sorte d'étranglement qui donne lieu à un gonflement mécanique, puis une irritation vive dans le point comprimé, les ulcérations dans lesquelles les dents parfois se logent en partie. D'une autre part, le contact continuel de l'air, la présence des croûtes formées par le mucus desséché, le frôlement des vêtements, ou des appareils destinés à masquer la difformité, sont autant de causes incessantes d'irritation qui hâtent les progrès du mal; aussi voit-on la maladie prendre sous cette influence un accroissement plus rapide. » (*Loc. cit.*)

Symptômes, marche, développement. — Les enfants atteints de l'affection qui nous occupe ne présentent dans les commencements aucune particularité bien saillante. Ils ont habituellement la bouche béante, leur langue est plus épaisse que dans l'état normal, et ils retiennent difficilement leur salive.

C'est seulement vers l'âge de deux ou trois ans, quelquefois beaucoup plus tard, que sous l'influence d'une irritation quelconque et le plus souvent sans cause connue, le prolongement chronique de la langue s'annonce par des symptômes vraiment caractéristiques : la langue se présente entre les lèvres, la salive coule avec plus d'abondance, du malaise et même de la douleur s'annoncent dans toute la région de la mâchoire; l'articulation des sons, la préhension des aliments, leur mastication s'exécutent ave difficulté.

A une période plus avancée, la langue, que les efforts du malade pouvaient faire rentrer dans l'intérieur de la bouche, reste constamment saillante à l'extérieur sous forme d'une masse cylindroïde ou pyriforme, plus rarement aplatie. Elle est recourbée en bas, et présente dans sa portion extérieure les altérations diverses que nous avons énumérées en traitant de l'anatomie pathologique. Il faut ajouter que l'ouverture de la bouche est constamment béante et qu'elle affecte une forme arrondie. La lèvre supérieure n'est que légèrement déformée; il n'en est pas de même de la lèvre inférieure qui, indépendamment des altérations dans la forme, présente un volume considérable. Nous ne rappellerons point l'état des dents ou des organes voisins, nous signalerons immédiatement les troubles fonctionnels qui se lient à tous ces phénomènes anatomiques.

Le premier est l'écoulement incessant de la salive, hors le temps de la mastication; on conçoit combien il est favorisé par l'ouverture permanente de la bouche, le renversement de la lèvre inférieure, le plan incliné que forme la langue et la disposition générale des autres parties.

L'oblitération de l'orifice buccal par la présence de la langue tuméfiée ne permet l'introduction des liquides qu'à l'aide d'un tuyau ou d'un biberon; les aliments solides ne peuvent pénétrer que par les côtés de la bouche, souvent le malade est obligé de les pousser avec les doigts.

La mastication se fait exclusivement à l'aide des molaires, les doigts doivent suppléer à l'action de la langue; il est des malades qui se trouvent réduits à se nourrir uniquement d'aliments liquides.

La déglutition s'exerce avec assez de facilité.

La phonation, dans le plus grand nombre des cas, subit une altération profonde, et cependant on cite l'exemple de malades qui pouvaient parler assez distinctement et même se livrer à l'exercice du chant.

Les particularités que nous venons de rapporter se retrouvent en partie dans l'observation qui suit; elle est due à M. Harris. (*Archives générales de médecine*, t. XXV, p. 263. 1831.)

Obs. 1. *Enorme tuméfaction de la langue; amputation; guérison.*

« Margaret Samson, âgée de vingt-quatre ans, entra le 1er juin 1829 à l'hôpital de Pensylvanie, pour s'y faire traiter d'un gonflement de la langue entraînant la sortie de cet organe hors de la bouche, et qui existait depuis un grand nombre d'années.

» Au rapport de sa mère, la fille Samson avait joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de quatre ans; à cette époque et sans aucune cause connue, elle fut dans la nuit prise brusquement d'une douleur assez violente pour la réveiller en sursaut. Le lendemain matin on s'aperçut que la langue était gonflée et qu'elle faisait une légère saillie entre les dents. Cet état était accompagné de chaleur à la peau et d'une soif très vive. Le jour suivant le volume de la langue était encore augmenté et elle faisait alors saillie d'environ trois pouces hors de la bouche. Le gonflement, loin de diminuer, augmenta progressivement.

» Pendant les premières semaines, la maladie s'accompagnait de vives douleurs et d'une grande gêne dans la déglutition; mais ces symptômes disparurent peu à peu et la malade resta dans son horrible difformité. D'abord elle pouvait à peine parler; peu à peu elle parvint à articuler distinctement, mais la voix était rauque et désagréable. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle était dans l'état suivant:

» La saillie de la langue, mesurée depuis la saillie des dents supérieures jusqu'à la pointe de l'organe, était de 4 pouces, et mesurée en suivant ses bords d'une dent canine d'un côté à celle du côté opposé, de 7 pouces 1/4. La circonférence était de 6 pouces 1/2 et son épaisseur de 1 pouce 3/4. Cette portion de la langue paraissait avoir éprouvé une profonde altération de tissu; elle était extrêmement dense, d'une couleur chocolat foncée, et constamment recouverte d'une exsudation muqueuse. La partie contenue dans la bouche, au contraire, ne paraissait avoir éprouvé aucune altération. Le poids de la tumeur avait entraîné en haut et en avant l'os hyoïde et le larynx; les dents incisives et canines inférieures avaient été poussées en avant, au point de devenir horizontales; à gauche elles étaient couvertes d'une masse de tartre de la grosseur d'une noisette, et qui, par sa pression sur la face inférieure de la tumeur, avait occasionné une ulcération très douloureuse. L'os maxillaire lui-même avait éprouvé un changement de forme; toute sa partie antérieure, à partir de la base de l'apophyse coronoïde, avait cédé au poids de la tumeur et s'était abaissée de manière à ce qu'il n'y avait plus que les grosses molaires qui pussent se rencontrer.

» La lèvre inférieure était renversée en avant de manière à ce que son bord libre descendait jusque sur le menton. Enfin, excepté pendant la mastication, la salive coulait hors de la bouche et rendait insupportable la difformité de cette malheureuse fille.

» M. Harris, avant de rien entreprendre contre cette maladie, arracha les dents incisives et canines inférieures, enleva la masse crétacée dont nous avons parlé, et, à l'aide de quelques lotions astringentes, obtint la cicatrisation de l'ulcération. Il essaya alors de diminuer le volume de la langue à l'aide de sangsues et par une compression méthodique, de manière à pouvoir faire rentrer l'organe dans la bouche, suivant la méthode de Lassus; mais la douleur et l'irritation qui suivirent ces tentatives le forcèrent à les abandonner. Il se résolut alors à extirper toute la partie de la langue qui formait la tumeur.

» Redoutant l'hémorrhagie, il tenta la ligature suivant le conseil de plusieurs de ses collègues; mais de quelque manière qu'il s'y prît, quelque force qu'il mît à serrer la ligature, il ne put parvenir à arrêter la circulation dans la tumeur, et il ne résulta de cet essai que beaucoup de douleur pour la malade et une augmentation considérable du volume de la langue.

» Enfin, il eut recours à l'amputation qu'il pratiqua dans le sillon profond qu'avait produit la ligature, sans éprouver aucune difficulté sérieuse; les artères considérables furent liées à l'instant même, et l'écoulement de sang peu considérable

cessa spontanément au bout de peu de temps.

» Un pansement simple avec de la charpie retenue par un bandage approprié compléta cette opération, et dix-sept jours après la malade était complétement guérie sans avoir éprouvé d'autres accidents qu'une fièvre légère et un peu d'inflammation à la langue qui céda à l'application de quelques sangsues. Mais il restait encore à combattre l'ouverture contre-nature de la bouche résultant de l'abaissement de la mâchoire inférieure. M. Harris, observant que les deux premières molaires de cette mâchoire étaient beaucoup plus longues que dans l'état naturel et qu'elles devaient nécessairement s'opposer au rapprochement complet des deux os maxillaires, les arracha, et quoique l'écartement fût encore assez considérable après cette extraction, il abandonna le reste à la nature, espérant que l'action des muscles se rétablissant peu à peu, ramènerait les parties à leur état normal.

» C'est, en effet, ce qui eut lieu au bout de quelque temps, et par des progrès insensibles; la lèvre inférieure reprit sa place et les deux mâchoires finirent par se rejoindre si parfaitement, que toute difformité disparut, et que Margaret Samson, auparavant hideuse à voir, fut bientôt recherchée en mariage. »

Diagnostic. — La situation de la langue hors de la bouche et les phénomènes dont elle s'accompagne, permettent en général assez facilement de reconnaître le prolongement chronique de la langue. Il est cependant deux points de diagnostic qui méritent une attention particulière.

Le premier a pour objet de distinguer cette affection de la glossite aiguë; il suffira de se rappeler que cette dernière maladie survient ordinairement dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours, souvent sous l'influence d'une cause appréciable; qu'elle s'accompagne de chaleur et de douleur à la langue, et que pendant toute sa durée les dents et les lèvres restent intactes.

Le second point de diagnostic consiste à établir la différence entre le prolongement chronique de la langue et le gonflement symptomatique de cet organe. « Dans les deux cas, dit M. Maisonneuve, la marche de la maladie est lente, les parties peu douloureuses, le malade sans fièvre; mais, au lieu d'un gonflement uniforme, régulier, présentant encore une certaine souplesse, la langue, dans laquelle se sont développées des tumeurs chroniques, est irrégulière, bosselée, d'une consistance plus ou moins dure; puis chacune de ces tumeurs se manifeste avec ses caractères particuliers qu'il me paraît inutile d'énumérer ici, et qui ne permettent pas à un chirurgien attentif de tomber dans l'erreur. » (Maisonneuve, *loc. cit.*)

Pronostic. — C'est seulement dans sa seconde période que cette affection présente quelque gravité. La répulsion qu'inspire la vue des malades réduit ces malheureux à un isolement plus ou moins complet; nous ne parlerons point de la gêne qu'ils éprouvent à parler et à introduire les aliments dans la bouche : un inconvénient bien plus grand est la perte continuelle de la salive; elle les épuise et les expose à des complications funestes dans le cours des maladies ordinairement bénignes de la gorge et des fosses nasales; elle peut même, par son influence sur la nutrition, amener la faiblesse et le marasme.

Traitement. — Les moyens de traitement sont très nombreux.

Nous ne rappellerons point le conseil de Boyer relativement au choix d'une nourrice; lorsque la précaution indiquée par ce chirurgien est insuffisante, comme il arrive chez les enfants qui tettent en plaçant la langue sous le mamelon et le pressant de la base vers le sommet, il convient de recourir, comme le conseille Lassus, à l'usage du biberon; par ce moyen on pousse le lait dans la bouche avec assez de rapidité pour que l'enfant soit contraint de retirer sa langue en arrière, afin de modérer l'afflux du liquide.

« Si l'on est appelé peu de temps après la naissance, dit Boyer, il suffit, pour faire cesser la disposition que présente la langue à se projeter en avant, de stimuler avec un peu de sulfate d'alumine en poudre, de poivre ou de gingembre, l'extrémité de la langue toutes les fois qu'elle reparaît entre les lèvres. On force ainsi l'enfant à retirer la langue dans la cavité de la bou-

che, et l'on prévient par là la protrusion consécutive de cet organe. » (*Loc. cit.*)

Ce traitement par les topiques stimulants n'est pas seulement applicable à l'enfant et au début de la maladie, il peut encore réussir chez l'adulte, même lorsque la langue est pendante au dehors, comme le montre le fait suivant que nous empruntons à Lassus. (*Mémoires de l'Institut national*, t. I.)

Obs. 2. *Prolongement mercuriel chronique de la langue. Guérison par les stimulants.*

« Scultet a guéri, dans l'espace de quelques jours, un homme qui, à la suite de l'usage inconsidéré du mercure, pris en frictions, eut pendant quatre mois la langue très volumineuse et pendante hors de la bouche, de la longueur de quatre travers de doigt, en la stimulant avec une poudre très irritante, composée de gingembre, de poivre, de moutarde et de sel.

» Elle devint d'abord plus mobile et moins dure; on pouvait la replacer, mais elle sortait aussitôt de son lieu naturel. En faisant sur sa partie inférieure des scarifications, elle se dètuméfia jusqu'au point de pouvoir être contenue pour toujours dans la bouche.

» C'est ainsi que l'application des sangsues, qui a produit tout à la fois une déplétion et une irritation sur la langue tuméfiée, m'a paru convenir dans le cas où je l'ai employée. Mais lorsque dans un enfant nouveau-né la pointe de la langue ne sort que de quelques lignes hors de la bouche; lorsque la maladie ne se montre encore que sous l'apparence d'une affection légère qui fixe peu l'attention des parents, on remédiera efficacement à cette disposition vicieuse, en excitant sur l'organe de la langue une légère irritation, comme on remédie au prolongement de la luette en la stimulant avec du poivre ou avec de l'alun en poudre. Ce premier secours, qu'il peut être utile de réitérer, ne doit pas faire négliger l'application d'une fronde qui tienne les mâchoires rapprochées, afin de s'opposer à la sortie de la langue, au renversement en dedans de l'os hyoïde, et à l'allongement des muscles qui servent à maintenir ces parties dans leur situation naturelle. Enfin, il est bien important de ne pas prendre pour un cancer la maladie dont il s'agit lorsqu'elle est invétérée, et de ne pas, d'après une fausse vue, retrancher l'extrémité protubérante de l'organe de la parole. »

Nous n'avons qu'à rappeler en deux mots le moyen qui vient d'être signalé tout à l'heure, nous voulons dire l'occlusion de la bouche. « Toutes les fois, dit Lassus, que la réduction est possible, l'emploi de ce moyen contentif si simple est d'un grand secours; à lui seul il peut arrêter les progrès de la maladie, quand celle-ci n'est pas très avancée, et dans les cas plus graves il trouve encore son application pour compléter la cure, quand par d'autres traitements on est parvenu à rendre la langue réductible. »

Les lotions et les applications topiques émollientes sont généralement insuffisantes à produire seules la guérison, ou du moins elles ne la procurent qu'au bout d'un temps très long. Disons toutefois qu'on peut en tirer un grand parti pour dissiper la tension locale, assouplir les tissus et les rendre plus aptes à subir les effets des autres médications.

Les purgatifs, surtout lorsqu'on les combine avec les lotions émollientes sur la partie malade, peuvent rendre de grands services, comme le témoigne l'observation suivante :

Obs. 3. *Glossocèle ou gonflement hypertrophique de la langue; traitement par les purgatifs; guérison*, par M. Ruhbaum (Arch. gén. de méd., t. II, p. 95. 1843).

« Une enfant de six ans, bien constituée et née de parents sains, éprouvait depuis trois mois une grande difficulté dans la parole; à la même époque la langue commença à faire, entre les lèvres, une saillie qui devint de plus en plus considérable; si bien que la bouche ne pouvait plus se fermer et que la salive s'écoulait continuellement aux angles de la bouche.

» Lorsqu'elle fut amenée à M. Ruhbaum, la langue, épaisse, élargie, ne trouvait plus dans la bouche une capacité suffisante pour la contenir, et faisait saillie au dehors. La surface supérieure était enduite d'une légère couche de mucosités

blanchâtres, au-dessous de laquelle on apercevait une quantité considérable de points bleuâtres qui donnaient, à la base, de véritables granulations assez volumineuses, qu'un examen attentif fit reconnaître pour des papilles volumineuses et anormalement hypertrophiées : sur les côtés, les dents avaient imprimé de profonds sillons à bords aigus, et toute l'épaisseur de la langue offrait des bosselures, des inégalités considérables et une dilatation variqueuse des vaisseaux, marquée surtout sur les côtés du filet. Toute la langue offrait une coloration rouge assez foncée, était molle et douloureuse à la pression; elle était généralement recouverte à la face supérieure d'un enduit blanchâtre.

» La mastication et la déglutition étaient très difficiles, mais non douloureuses. La respiration ne pouvait se faire que par le nez ou par la bouche largement ouverte. Du reste, ni aucun des organes contenus dans la cavité buccale ou dans l'arrière-bouche, ni les glandes n'offraient de symptômes morbides. Il n'y avait de douleur nulle part, les battements du cœur étaient normaux; l'appétit, les digestions faciles et les évacutions alvines régulières.

» M. Ruhbaum prescrivit des lotions de la bouche et de la langue avec de l'eau pure et plus tard avec de l'eau légèrement chlorurée. Ces lotions devaient être répétées tous les quarts d'heure. En outre, la malade fut mise à la diète et soumise à l'usage journalier d'une infusion de séné avec 10 grammes de sulfate de soude. Ce traitement fut continué pendant quatorze jours, au bout desquels la langue pouvait rentrer dans la cavité buccale. Elle avait également perdu sa teinte rouge foncée pour devenir rosée.

» Après quatre semaines, l'enfant parlait avec assez de facilité. La mastication, la digestion et la respiration s'accomplissaient sans gêne notable. La langue perdit ainsi peu à peu sa structure hypertrophique et variqueuse. Au bout de dix semaines la guérison fut complète. »

La compression a donné des succès remarquables. Leblanc la pratiquait en enfermant la tumeur dans un sachet qu'il attachait avec des cordons derrière la nuque; Fréteau, de Nantes, en serrant la tumeur dans un bandage compressif, fait avec le plus grand soin.

Les sangsues, les incisions, la saignée de la veine ranine peuvent procurer un dégorgement avantageux.

Lorsque tous les moyens que nous venons d'énumérer ont échoué, que la langue est devenue fongueuse et variqueuse, il convient d'avoir recours à l'amputation de la portion de la langue qui se trouve hors de la bouche. Parmi les nombreux procédés employés dans cette vue, on peut mettre en usage l'amputation transversale et la cautérisation, imaginées par Hoffmann (de Stockholm). Lassus la décrit de la manière suivante :

« La langue étant fixée sous une espèce de spatule large et échrancrée, l'extrémité protubérante de l'organe fut coupée avec un ciseau, à peu près semblable à celui dont se servent les sculpteurs et les tailleurs de pierre. L'hémorrhagie, peu considérable, fut arrêtée par le cautère actuel. La portion de la langue enlevée pesait trois onces; la malade fut parfaitement guérie en trois semaines. » (Lassus, *loc. cit.*)

On peut encore avoir recours à l'amputation par une double incision en V, méthode que proposa Boyer pour l'amputation d'une portion de la langue affectée de cancer. Quelques chirurgiens ont cru devoir faire précéder l'amputation d'une dissection de la face inférieure de la langue dans une étendue de près d'un pouce. « Cette modification, dit avec raison M. Maisonneuve, me paraît basée sur une erreur. En effet, si la langue paraît adhérente aux gencives de la mâchoire inférieure dans le cas de prolongement chronique, cela n'est qu'une illusion qui tient à ce que la langue a été fortement tirée en avant; et dès que l'organe est replacé dans la bouche, les choses reprennent leur disposition normale. Toute dissection est donc parfaitement inutile; de plus elle peut être dangereuse en ce qu'elle expose à blesser les artères ranines, les veines, les conduits excréteurs de la salive, etc. »

Le lecteur a eu sous les yeux un exemple d'amputation suivie de succès, p. 37.

Mirault (d'Angers), le premier, a eu recours à la ligature : à l'aide d'une longue aiguille il a passé dans le milieu de la langue, de la face inférieure vers la supé-

rieure, au niveau du sillon formé par les dents sur la tumeur, deux fils dont les chefs ramenés, les uns à droite, les autres à gauche, lui ont servi à étrangler la langue dans une double ligature (*Mémoire sur la ligature de la langue*, dans *Mém. de l'Acad. de médec.*, t. IV, p. 35). Bierken et Pierre Fine (de Genève) ont imaginé de porter à trois le nombre des fils. Cette opération offre l'immense avantage de mettre à l'abri des hémorrhagies. Nous pouvons citer comme preuve le passage suivant d'une observation due à Bierken, qu'on pourra lire en entier dans le *Journal de médecine* de Boyer, Corvisart, t. XXVI.

M. Bierken traversa la langue en deux endroits par un double cordonnet, dont il sépara ensuite les fils en liant d'abord la partie moyenne, puis chacune des parties latérales; et par ce moyen une malheureuse fille fut guérie sans hémorrhagie et sans accident nerveux marqué. La voix redevint intelligible et la déglutition facile ; la lèvre ne prit sa position naturelle qu'après l'avulsion et le replacement vertical des quatre mêmes dents qui furent assujetties par un appareil convenable.

La dernière phrase que l'on vient de lire complète ce que nous avions à dire sur le traitement du prolongement chronique de la langue, en faisant voir que les dents peuvent quelquefois être redressées et raffermies ; c'est là un résultat qu'il ne faudra jamais dédaigner. Pour ce qui est du renversement de la lèvre inférieure, il disparaît peu à peu, et sans qu'il soit besoin de pratiquer l'excision partielle de cet organe.

Obs. 4. *Tumeur de la langue formée par la section incomplète d'une portion de sa pointe.*

La science ne possède qu'une seule observation de ce genre d'affection, elle est due à M. Maisonneuve. (*Thèse sur les tumeurs de la langue*, 1848.)

« Dans la séance du 2 février 1848, dit l'auteur que nous venons de nommer, j'ai présenté à la Société de chirurgie une tumeur de la langue que j'avais enlevée le matin même sur un malade de mon service à Bicêtre. Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, est depuis son enfance sujet à des attaques d'épilepsie. Nombre de fois, pendant ses convulsions, sa langue, portée hors de la bouche, s'est trouvée fortement serrée par les dents. Il en est résulté à la langue un sillon profond qui divisait transversalement cet organe à trois centimètres environ de sa pointe, et qui était tapissé d'un tissu cicatriciel.

» La partie, placée au-devant de ce sillon, s'était tuméfiée de manière à acquérir le volume d'un œuf de pigeon; il en résultait une gêne considérable dans les fonctions de l'organe. Cet état existait depuis plusieurs années et ne faisait que s'accroître, quand le malade, investi récemment des fonctions de surveillant dans sa division, fonctions qui exigent l'exercice fréquent de la parole, vint me prier de le débarrasser de cette infirmité.

» Ayant attiré la tumeur au dehors, je passai, dans le sillon qui la séparait du reste de la langue, trois anses de fil que je serrai fortement pour étrangler le pédicule, puis, avec des ciseaux courbes, j'enlevai toute la portion placée au-devant des ligatures. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang, et dès le cinquième jour les ligatures étaient tombées, le malade se trouva complétement guéri. Maintenant il se sert de sa langue comme si elle était entière. »

ARTICLE V.

Engorgement inflammatoire chronique circonscrit de la langue.

On désigne ainsi des tumeurs ou engorgements chroniques résultant d'un travail inflammatoire simple, sans production de tissus anormaux.

Une première variété de ces engorgements est celle qui succède à la glossite aiguë; elle est très rare, on ne l'observe guère que chez les individus lymphatiques ou scrofuleux, et on la reconnaît aux circonstances dans lesquelles s'est développée la tumeur, à la souplesse et à la marche rétrograde qu'elle présente.

Causes. — Elle reconnaît pour cause la plus ordinaire des irritations fréquemment répétées, comme celles qui résultent du contact de dents cariées et anguleuses. Souvent elle se produit à la suite d'une morsure.

Symptômes et diagnostic. — Mais dans la plupart des cas l'affection débute insen-

siblement; le malade éprouve sur le bord de la langue une gêne légère et limitée; instinctivement il frotte cet organe contre les dents, la partie se gonfle, il s'y déclare une légère ulcération dont les bords se tuméfient et s'indurent; l'induration envahit bientôt le tissu cellulaire sous-muqueux: il en résulte une tumeur dure, irrégulière, plus ou moins étendue qui s'accompagne quelquefois de l'engorgement des ganglions lymphatiques.

Cette tumeur se reconnaîtra en général à sa position constante sur l'une des parties latérales de la langue, à l'existence d'une ou de plusieurs dents gâtées, dont les fragments anguleux correspondent aux ulcérations dont elle est le siége, enfin au mode suivant lequel elle s'est développée.

Traitement. — Le pronostic de cette affection n'est point grave; il suffit, pour la faire disparaître, d'enlever la cause d'irritation qui lui a donné naissance. On limera donc, ou mieux encore on enlèvera les dents cariées, en même temps on prescrira l'usage de gargarismes émollients et de bains locaux. Le malade devra s'interdire les aliments excitants et le tabac, s'il a l'habitude de fumer.

ARTICLE VI.

Anthrax ou charbon malin de la langue.

Causes. — Cette affection se développe presque toujours sous l'influence d'une inoculation directe, comme nous pourrions le montrer par un grand nombre d'exemples.

Symptômes, marche, pronostic. — Du reste, cette maladie ne diffère du charbon malin en général que par le siége qu'elle occupe. La période d'invasion est de vingt-quatre heures; bientôt la langue devient le siége d'une chaleur brûlante, de douleurs vives et lancinantes qui s'accompagnent de faiblesses et de défaillances. Le malade éprouve un sentiment de constriction analogue à celui que produirait une ligature.

La fièvre ne tarde pas à se déclarer: le pouls est fréquent, petit et concentré, la peau aride et sèche, les yeux fixes et hagards. La soif et les lipothymies sont incessantes. Cependant la langue se tuméfie; des pustules et des vésicules apparaissent: ces dernières sont livides, elles se déchirent en rendant une sérosité roussâtre. Les pustules sont supportées par une tumeur peu saillante, noire à son centre, rouge à sa circonférence. Si le mal n'est pas arrêté dans son début, il peut emporter le malade en vingt-quatre heures. Le pronostic de cette affection est donc fort grave.

Traitement. — Aussi doit-on énergiquement la combattre par un double traitement, local et général. Le premier consiste à cautériser la partie atteinte à l'aide du fer rouge. Le second se réduit à l'emploi des vomitifs, des purgatifs et des boissons rafraîchissantes.

ARTICLE VII.

Tumeurs syphilitiques de la langue.

Ces tumeurs se présentent sous quatre formes principales.

§ I. Excroissances syphilitiques.

Les excroissances syphilitiques se divisent en deux groupes:

a. Les *excroissances syphilitiques proprement dites* sont formées par le gonflement du tissu cellulaire sous-jacent à un repli de la membrane muqueuse.

b. Les *excroissances végétatives* ou *végétations* occupent presque toujours la base de la langue. Quand elles sont aplaties et rugueuses on leur donne le nom de verrues; quand elles sont allongées, isolées et renflées à leur extrémité en forme de tête, elles portent le nom de poireaux; on les a encore appelées, en vertu de comparaisons plus ou moins exactes, choux-fleurs, mûres, framboises, etc... Dans le plus grand nombre des cas elles apparaissent consécutivement à des chancres ou à des tubercules muqueux. Leur diagnostic est facile, leur pronostic ne présente aucune gravité.

Traitement. — La gêne causée par leur présence fait souvent désirer leur disparition. Quelquefois elles cèdent au traitement général de la syphilis; dans les cas opposés on a conseillé d'avoir recours aux substances stimulantes telles que les solutions de sulfate de zinc, la liqueur de Van-Swieten, appliquées au moyen d'un pinceau de charpie; à la cautérisation par les caustiques comme le nitrate acide de mercure, la solution concentrée de potasse ou de chlorure d'antimoine, le nitrate

d'argent; à la cautérisation par le cautère actuel; à l'arrachement. Un moyen beaucoup plus simple que tous les précédents est l'excision avec les ciseaux courbes; il doit être suivi d'une légère cautérisation. On lui préfère la ligature, que l'on pratique en général avec le tenaculum.

§ II. Plaques muqueuses.

Les plaques muqueuses diffèrent peu de celles que l'on rencontre dans les autres régions du corps. Tantôt elles succèdent à un chancre dont elles sont la transformation (*in situ*), tantôt elles se forment sur des surfaces saines. « Dans le premier cas on voit du quinzième au cinquantième jour de l'existence du chancre, la surface de cette ulcération, de grisâtre qu'elle était, devenir bourgeonnante et rouge de la circonférence au centre. En même temps, l'auréole ou le cercle inflammatoire qui le circonscrivait devient plus manifeste et d'une teinte plus sombre : on le voit s'étendre en longueur, se tuméfier légèrement et former avec la circonférence du chancre un disque périphérique lisse, régulier, d'une coloration violacée, saillant au-dessus du niveau de la peau et de la dépression centrale. Ce phénomène marchant simultanément avec la cicatrisation chancreuse, il en résulte un disque plus saillant et plus large, qui se recouvre d'une pellicule fine à la circonférence, tandis que le centre, non encore cicatrisé, reste déprimé, rougeâtre et même parfois grisâtre, ayant véritablement l'aspect chancreux. Enfin, l'élévation et la cicatrisation continuent à marcher de la circonférence au centre, les dernières traces du chancre primitif disparaissent peu à peu, et il en résulte la saillie granuleuse, régulière, recouverte entièrement de la pellicule membraniforme, et qui constitue la plaque muqueuse arrivée au dernier terme de développement. (Deville et Davasse, *Archives*, 1845, t. IX, p. 182.)

Diagnostic. — Nous n'entreprendrons point ici la description des plaques muqueuses de la langue : elles n'offrent aucune particularité que l'on ne retrouve sur celles des autres points du corps. Disons seulement que le chancre induré et les tubercules syphilitiques, qui seuls offrent avec elles quelque analogie, en diffèrent essentiellement, le premier par la dureté caractéristique de sa base, les seconds par leur relief beaucoup plus considérable et leur surface arrondie.

Traitement. — Le repos de l'organe, les gargarismes émollients ou détersifs, de légères cautérisations avec le nitrate d'argent, un traitement général bien dirigé, amènent ordinairement une prompte guérison.

§ III. Tubercules muqueux, profonds, ou lupus syphilitique.

Ce sont de petites tumeurs développées dans l'épaisseur de la muqueuse; elles appartiennent aux conduits salivaires. Elles sont arrondies, très saillantes, d'un rouge violacé, isolées ou groupées ensemble. Elles peuvent succéder à un chancre, comme aussi se développer sans ulcération préalable.

Elles se terminent souvent par résolution, laissant ou ne laissant pas de traces à leur suite, mais quelquefois elles s'enflamment et suppurent; il en résulte, à leur centre, une ulcération irrégulière; sur leurs bords, des dentelures qui leur communiquent l'apparence d'un cancer ulcéré.

Leur diagnostic, sur lequel nous reviendrons plus loin, trouve sa confirmation dans les résultats de la thérapeutique.

Traitement. — Il doit consister dans l'administration du mercure combiné aux substances amères et principalement aux ferrugineux et à l'iode.

A ce traitement on associera les gargarismes émollients et narcotiques, s'il y a douleur et inflammation, et, dans le cas contraire, les gargarismes avec la liqueur de Van-Swieten, avec cautérisation légère au moyen du nitrate acide de mercure.

§ IV. Nodus.

Les nodus syphilitiques appartiennent aux accidents tertiaires; ils siégent dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la langue, à la lèvre ou vers la partie centrale de cet organe. Ils débutent par une petite tumeur d'abord à peine sensible, mais dure et adhérente à la muqueuse par une sorte de pédicule. Leur accroissement est lent, il peut atteindre la durée de plusieurs années; à ce terme, la tumeur présente

le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon; elle adhère par toute sa périphérie aux parties voisines : bientôt elle se ramollit et présente une fluctuation de plus en plus manifeste. La membrane muqueuse prend alors une couleur rouge brun violacé, s'amincit, se perfore et donne issue à un pus ichoreux mêlé de matières organiques. Surviennent alors des ulcérations qui persistent jusqu'à l'entière élimination de la coque du tubercule. Après cette élimination il se fait une cicatrice analogue à celle d'une brûlure profonde.

Diagnostic. — Ces tumeurs, dans leur première période, peuvent être confondues avec toutes les tumeurs concrètes de la langue; lorsqu'elles sont ulcérées elles présentent une analogie plus ou moins complète avec les ulcérations simples ou cancéreuses de l'organe. Leur siége n'est point un indice certain, leur indolence se retrouve dans les tumeurs cancéreuses; enfin la coïncidence d'accidents syphilitiques en d'autres régions n'établit que des présomptions. Le seul moyen de dissiper tous les doutes est le traitement antisyphilitique.

Pronostic. — Le pronostic de ces tumeurs est grave, en ce sens qu'elles supposent une altération profonde de la constitution.

Traitement. — Boyer affirme être toujours parvenu à guérir cette affection au moyen d'un traitement antivénérien général, c'est-à-dire à l'aide des mercuriaux et des sudorifiques. Cette assertion de l'illustre chirurgien, confirmée d'ailleurs par l'opinion de Cullerier et des syphiliographes de son temps, est en opposition formelle avec la manière de voir de M. Ricord, qui, dans son *Traité des maladies syphilitiques*, s'exprime ainsi : « Le traitement doit avoir pour but principal de soutenir et de renforcer la constitution; il faut se rappeler ici qu'on a affaire à une maladie grave et longue, qu'aucune médication ne peut enlever d'emblée. Ces symptômes se présentent, en général, chez les sujets chez lesquels la vérole a résisté aux mercuriaux; ceux-ci n'ont sur eux aucune puissance, et si l'on en pousse imprudemment l'usage jusqu'à produire les accidents qui peuvent suivre leur emploi, on ajoute à la gravité de la maladie. »

Nous n'adoptons point exclusivement l'une ou l'autre de ces deux opinions; nous pensons que, lorsqu'un malade n'a point subi de traitement antivénérien, on peut avec avantage le soumettre à l'usage combiné des mercuriaux et des toniques; dans le cas contraire, ou bien lorsque cette médication demeure sans succès, il convient de substituer l'iodure de potassium aux préparations mercurielles.

Lorsque la résolution se fait trop longtemps attendre, ou bien lorsque le malade se trouve trop incommodé par la présence de la tumeur, on peut employer l'extirpation, elle est ordinairement facile.

S'il se produit de l'inflammation et de la suppuration, on prescrira les gargarismes émollients.

ARTICLE VIII.

Anévrismes de la langue.

Les tumeurs anévrismales de la langue comprennent deux catégories, celle des anévrismes diffus et celle des anévrismes circonscrits.

L'anévrisme diffus, ou faux primitif, consiste en une tumeur vague, non circonscrite, indolente, molle et fluctuante, au sein de laquelle on perçoit tout au plus un léger frémissement. Cette tumeur s'est manifestée tout à coup à la suite d'une plaie par instrument tranchant, ou bien au bout de quelques heures à la suite d'une plaie par arme à feu. Elle s'est accompagnée d'une hémorrhagie qui se reproduit ordinairement à des intervalles divers et sous l'influence du moindre effort.

Pronostic. — Cette affection emprunte à l'organe qui en est le siége une gravité toute particulière : le volume de la langue devient un obstacle à la respiration et à l'ingestion des aliments; le sang qui s'écoule peut provoquer des vomissements et des quintes de toux qui réagissent sur l'hémorrhagie au point de la rendre dangereuse; quelquefois le foyer de l'anévrisme s'enflamme, et en raison de son étendue, détermine souvent une réaction inflammatoire à laquelle succombe le malade.

Traitement. — Lorsqu'on aperçoit le vaisseau qui est le point de départ de l'hémorrhagie, on peut, comme l'a fait Bras-

dor, porter sur son orifice un stylet rougi au feu.

Le tamponnement et la compression ont réussi dans les cas de division complète de l'artère.

Mais de tous ces moyens, la ligature est le plus certain, elle convient à tous les cas. Le procédé le plus sûr, mais aussi le plus difficile, consiste à lier le vaisseau blessé au niveau même de la solution de continuité. Du reste, on peut encore avoir recours à la ligature médiate ou à la ligature du tronc même du vaisseau dans un point plus ou moins éloigné. On devra attentivement surveiller la marche de l'inflammation.

L'anévrisme circonscrit de la langue est très rare; Colomb, dans ses *OEuvres médico-chirurgicales*, en rapporte un exemple.

Qu'il résulte de la blessure d'une artère ranine ou qu'il se développe spontanément, il se présente sous la forme d'une petite tumeur pulsative, plus ou moins dépressible, mais toujours reprenant son volume primitif lorsque la pression cesse.

La membrane qui recouvre cette tumeur n'est point altérée comme celle des tumeurs érectiles; ces dernières, d'ailleurs, se distinguent par un mode d'origine essentiellement différent.

Cette affection n'est jamais grave, on y remédie aisément par la ligature médiate.

ARTICLE IX.

Varices de la langue.

On les rencontre chez les vieillards à la face inférieure de la langue; jamais elles n'acquièrent un volume assez considérable pour gêner ceux qui en sont atteints.

ARTICLE X.

Tumeurs érectiles de la langue.

Les tumeurs érectiles, *nœvi materni*, *tumeurs fongueuses sanguines* de la langue, sont veineuses ou artérielles.

Les dernières s'annoncent ordinairement à la surface de la langue et dans le tissu même de la muqueuse, au moment ou peu de jours après la naissance, par une petite tache qui reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long, puis tout à coup prend un accroissement rapide. On voit alors une tumeur d'un rouge vif qui présente tous les caractères des tumeurs érectiles artérielles.

Les tumeurs veineuses apparaissent parfois dès la naissance, mais souvent aussi à un âge avancé. Elles sont mal circonscrites, plus larges que profondes. Leur teinte est bleuâtre; de plus, elles deviennent moins facilement le siége d'hémorrhagies que les tumeurs artérielles.

Diagnostic.—L'aspect bleuâtre, la compressibilité, l'indolence parfaite des tumeurs érectiles veineuses, la couleur vive, l'écoulement sanguin qu'elles fournissent quand on les pique, le mode de développement des tumeurs érectiles artérielles, sont des caractères qui ne permettent pas de confondre ces deux sortes d'affections avec aucune antre maladie de la langue.

Pronostic. — Leur pronostic est plus grave que lorsqu'elles sont situées dans d'autres régions, à raison de la gêne qu'elles apportent aux mouvements de la langue et des froissements auxquels elles sont exposées dans ces mouvements.

Traitement.—Parmi les nombreux procédés indiqués pour la guérison des tumeurs érectiles, ceux qui peuvent être employés avec le plus de succès et le moins d'inconvénients sont la cautérisation au fer rouge, le broiement, l'extirpation et principalement la ligature.

Un moyen tout spécial, que Brown a employé avec succès, est l'administration du mercure poussée jusqu'à la salivation.

ARTICLE XI.

Tumeurs hématiques de la langue.

Les tumeurs hématiques ont leur source dans un épanchement de sang; elles se composent d'une matière granuleuse ou fibrineuse, dont la teinte inégale varie entre le jaune et le brun.

Elles sont indolentes et ne causent de gêne que par leur volume.

L'extirpation ou la ligature sont les seuls moyens de traitement qu'on doive diriger contre elles.

ARTICLE XII.

Tumeurs fibreuses de la langue.

« Ces tumeurs, dit M. Velpeau, ordi-

nairement globuleuses, quoique plus ou moins bosselées, sont dures, élastiques, d'une teinte grisâtre, d'une contexture fibreuse et mamelonnée. Les unes se créent une espèce de kyste dans les tissus, les autres se confondent d'une manière si intime avec les éléments voisins qu'il est impossible de les séparer par énucléation. » (*Loc. cit.*)

On peut leur appliquer les mêmes observations qu'aux précédentes tumeurs.

ARTICLE XIII.

Tumeurs graisseuses de la langue.

Ces tumeurs siégent dans la région de la langue où le tissu cellulo-graisseux est le plus abondant, c'est-à-dire en arrière et en bas. Elles affectent des formes variées; elles sont bénignes et indolentes; elles peuvent cependant être affectées d'inflammation, et disparaître lorsque cette inflammation se termine par la fonte purulente.

ARTICLE XIV.

Tumeurs enkystées de la langue.

Ces sortes de tumeurs se montrent surtout à la base de la langue, le plus souvent elles en occupent la superficie, quelquefois cependant elles siégent dans la profondeur de ses tissus.

Dans le premier cas elles sont ordinairement faciles à reconnaître à la minceur de leurs parois et à la transparence du liquide qu'elles contiennent; dans le second leur situation et l'opacité de leurs parois font qu'on les distingue difficilement des autres tumeurs globuleuses et indolentes de la langue.

Traitement. — Une simple ponction suffit quelquefois pour leur guérison, surtout si les parois du kyste sont molles et peu épaisses.

Lorsque ce moyen, plusieurs fois employé, est suivi de récidive, il convient de recourir à l'incision; celui-ci est plus douloureux, mais plus sûr.

On pourra encore avoir recours à l'injection d'un liquide irritant, comme la teinture d'iode, et, dans quelques cas, à l'extiration.

ARTICLE XV.

Hydatides de la langue.

Les vers acéphalocystes peuvent se développer dans l'intérieur de la langue comme dans presque tous les autres organes parenchymateux. Ils y forment des tumeurs indolentes, régulièrement arrondies, élastiques, tout à fait semblables à des kystes séreux, mais qui ne réclament d'ailleurs aucun autre mode de traitement que ces derniers.

ARTICLE XVI.

Hypertrophie des papilles de la langue.

Nous ne connaissons d'autre exemple de cette affection que l'observation qui en a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (1845). Nous allons la rapporter.

« M. Steinbeck a observé un cas d'hypertrophie des papilles de la langue chez un militaire âgé de soixante ans, qui, malgré toutes les remontrances possibles, avait pris l'habitude de se gratter fortement la langue tous les matins avec une petite lame en baleine. Il survint chez ce sujet un état gastrique qui fut combattu heureusement par l'administration d'un émétique, suivi de l'emploi des résolutifs et des purgatifs.

» Pendant la durée de cette affection, le malade avait cessé de se gratter la langue; mais cependant, à sa grande frayeur, les papilles de cet organe, surtout vers la base, avaient acquis dans l'espace de huit jours un volume tel que la déglutition et l'émission des sons se trouvaient fortement embarrassées.

» Après une application de sangsues au cou, on fit toucher de temps en temps les points malades avec une solution d'iodure de potassium, et, sous l'influence de cette médication, la guérison se trouva complète au bout de quinze jours. »

ARTICLE XVII.

Tumeurs éléphantiasiques de la langue.

Les tubercules de l'éléphantiasis des Grecs commencent à la langue par des macules d'une teinte fauve, dont un des caractères les plus remarquables est une insensibilité presque complète. Au bout d'un temps plus ou moins long, les taches

restées stationnaires sont remplacées par de petites tumeurs rougeâtres ou livides dont le volume peut atteindre la grosseur d'une noix. Ces tumeurs se reconnaissent facilement à la coexistence de tubercules semblables sur le visage, le nez, les oreilles ou d'autres régions du corps.

Elles peuvent s'enflammer et devenir le siége d'ulcérations blafardes de mauvaise nature.

Leur pronostic et leur traitement sont ceux de l'affection générale à laquelle elles sont liées. Lorsque leur volume occasionne une gêne trop grande, on peut en pratiquer l'extirpation.

ARTICLE XVIII.

Tubercules et engorgement scrofuleux de la langue.

Les tubercules de la langue sont très rares; on peut y rattacher l'observation suivante de Portal (*Anatomie médicale*, t. IV, p. 527):

« Une femme atteinte de scrofules avait la langue si volumineuse, qu'elle pouvait à peine la contenir dans la cavité de la bouche. Cette femme étant morte à la suite du temps appelé critique, j'examinai sa langue que je trouvai pleine de concrétions *stéatomateuses*, dont quelques unes étaient globuleuses, de la grosseur d'un pois. »

Il est rare que les tubercules de la langue ne s'accompagnent pas de l'engorgement tuberculeux des ganglions correspondants et d'engorgements semblables en d'autres régions, en même temps qu'à ces symptômes locaux se joignent tous les attributs de la constitution scrofuleuse.

Traitement. — Le traitement des engorgements strumeux et tuberculeux de la langue doit être local et général. Le traitement général se compose d'un ensemble de moyens hygiéniques que nous n'avons point à rappeler ici; le traitement local consiste dans les bains locaux, les détersifs, et l'extirpation dans les cas où le volume de la tumeur devient une cause de gêne dans l'acte de la parole, de la mastication ou de la respiration.

ARTICLE XIX.

Cancer de la langue.

Cette affection est la plus grave de toutes celles qui peuvent frapper cet organe. Nous en traiterons avec tous les développements qu'exige son importance.

Causes du cancer de la langue. — Ces causes sont celles du cancer en général; il n'y en a guère de spéciales ici que l'irritation produite sur la langue par les inégalités des dents malades, et peut-être par certains corps durs, comme les arêtes de poisson, des fragments d'os mêlés aux aliments. Encore, d'après la plupart des pathologistes, ces causes ne sont-elles qu'occasionnelles, et restent-elles sans effet, à moins d'une prédisposition particulière.

Caractères anatomiques et symptomatologiques du cancer de la langue. — « La langue, dit M. Maisonneuve dans son excellent travail, est souvent le siége de la dégénérescence cancéreuse. Il n'est presque aucune forme de cette affection qu'on n'y ait rencontrée. C'est tantôt une ulcération superficielle à son début, qui gagne ensuite de proche en proche, et finit par envahir une grande portion de l'organe; tantôt une petite tumeur pédiculée qui fait saillie à sa surface, tantôt une production isolée renfermée dans une sorte de kyste; d'autres fois, et bien plus souvent, une masse irrégulière développée dans la profondeur de son tissu, avec ou sans relation primitive avec la membrane muqueuse, ou bien une sorte de transformation atrophique qui racornit l'organe et le soude, pour ainsi dire, au plancher de la bouche. (Morel-Lavallée).

» Examiné dans sa nature, le cancer de la langue offre toutes les variétés connues, le squirrhe, l'encéphaloïde, le cancer colloïde et le cancer mélanique. On y rencontre aussi cette autre variété de productions morbides désignée sous le nom de tumeurs cancroïdes par quelques observateurs modernes.» (Maisonneuve, *Thèse citée*, p. 116.)

Nous allons successivement étudier ce que ces diverses formes de cancer présentent de particulier dans la langue.

a. Le *squirrhe* y est circonscrit ou diffus. Dans le premier cas, il constitue ordinairement des tumeurs sphéroïdales, dures, développées dans l'épaisseur de la membrane muqueuse et dans les parties sous-jacentes. Dans le deuxième cas, ce sont, la plupart du temps, des plaques dures,

irrégulières qui occupent la surface de la langue, ou bien des masses mal limitées qui envoient au loin des rayons à travers les parties saines. « C'est à cette variété, dit M. Maisonneuve, qu'appartient le squirrhe atrophique, et dans laquelle on voit la langue se raccourcir, et finir presque par disparaître, ainsi que M. Morel-Lavallée en a présenté dernièrement un cas remarquable à la Société de chirurgie. » ([1]*Loc. cit.*, p. 117.)

La marche du squirrhe de la langue est ordinairement lente, et les élancements y sont à peine marqués. Mais quand arrive la période de ramollissement, c'est l'inverse qui s'observe. Le mal s'étend, les douleurs se prononcent et s'irradient parfois à toute la mâchoire. Il se creuse à l'intérieur de la masse des excavations contenant une sorte de gelée demi-transparente, rougie quelquefois par un peu de sang. Bientôt la tumeur devient raboteuse, la muqueuse prend une teinte violacée et s'ulcère. Les ulcérations sont irrégulières, grisâtres ou lie de vin, recouvertes de fongosités mollasses.

Souvent, à cette période, le squirrhe envahit le plancher de la bouche, le voile du palais, les amygdales, les lèvres, et en même temps se montrent les symptômes de cachexie.

Pendant ce travail, et longtemps avant l'ulcération, les fonctions de la langue sont troublées ou anéanties; la parole, la mastication et l'expuition, gênées ou supprimées, font le tourment du malade. Joignez à cela l'odeur repoussante qu'exhale le cancer, et le mélange de l'ichor qui s'en écoule aux matières alimentaires, et vous aurez une idée de la triste position du malade.

b. Tissu encéphaloïde. — C'est la forme de cancer qui s'observe le plus souvent à la langue; elle s'y montre sous trois aspects différents : ce sont tantôt des noyaux arrondis, exactement enkystés dans une enveloppe qui a quelquefois plus d'un millimètre d'épaisseur (encéphaloïde enkysté); tantôt ce sont des masses séparées en lobes par des scissures profondes enveloppées d'un tissu cellulaire condensé qui les isole complétement des parties voisines (encéphaloïde congloméré de M. Maisonneuve); enfin, le cancer pénètre le tissu mince de la langue et se dépose dans la trame de l'organe (encéphaloïde infiltré).

Indépendamment de ces trois formes principales, l'encéphaloïde de la langue peut offrir plusieurs variétés secondaires; il peut s'y présenter à l'état de tumeurs pédiculées, de noyaux plus ou moins profonds, de masses irrégulières et bosselées, qui peuvent acquérir un volume considérable.

« A sa première période, le cancer encéphaloïde de la langue peut rester longtemps stationnaire; mais quand son évolution commence, elle se fait avec une effroyable rapidité; on voit pour ainsi dire la tumeur grossir de jour en jour, soit en refoulant les tissus, si la tumeur est enkystée ou conglomérée, soit en les envahissant quand elle appartient à la forme infiltrée. Pendant ce travail, la tumeur devient élastique, comme fluctuante, et semble contenir un liquide; l'irritation ne tarde pas alors à se propager aux ganglions sous-maxillaires et cervicaux, qui s'engorgent; elle s'étend même au-delà, jusqu'aux ganglions thoraciques. Quelquefois ces phénomènes s'accomplissent sans douleurs vives; mais le plus souvent ils sont accompagnés d'élancements cruels, qui révèlent énergiquement toute la gravité de la maladie.

» A part les cas exceptionnels, où l'encéphaloïde ne forme qu'une petite tumeur pédiculée et pour ainsi dire isolée de l'organe, la langue augmente de volume, remplit la cavité buccale et n'exécute plus qu'imparfaitement ses fonctions. Quelquefois même, venant faire pour ainsi dire hernie à travers l'orifice buccal, elle subit de la part des arcades dentaires une sorte d'étranglement qui contribue encore à hâter les progrès de la maladie.

» A mesure que la tumeur augmente de volume, son tissu se ramollit et se transforme en une bouillie rosée, quelquefois mélangée de caillots sanguins; l'ulcération ne tarde pas alors à survenir. Dans ce cas, la maladie prend tout à coup une autre physionomie: de la face ulcérée s'écoule incessamment un ichor fétide, auquel se mêlent fréquemment des portions plus ou moins considérables de la tumeur, qui tombent en putrilage, et laissent à leur place des excavations profondes: dans

d'autres points, l'ulcère boursouflé se recouvre de végétations fongueuses qui tombent et se reproduisent incessamment. En même temps se déclarent des hémorrhagies abondantes qui épuisent le malade. Quand ces accidents ne précipitent pas le terme fatal, la dégénérescence encéphaloïde envahit toutes les parois buccales, le pharynx même, d'où la mort par suffocation ; ou bien il survient encore des phénomènes d'empoisonnement putride et d'inanition par suite de la déglutition imparfaite, ou le mélange de l'ichor cancéreux avec les substances alimentaires. » (Maisonneuve, *loc. cit.*, p. 120.)

c. Mélanose. — Nous ne connaissons pas d'exemple bien authentique du développement de ce tissu dans la langue ; cependant nous avons dû le noter avec les auteurs qui en admettent ainsi au moins la possibilité.

d. Le *cancer colloïde*, *gélatiniforme* ou *aréolaire* est à peu près dans le même cas, et nous n'y insisterons pas davantage.

e. Cancer épithélial. — Cette production se montre à la langue, au début, sous la forme tuberculeuse. La lésion, d'abord superficielle, et occupant ordinairement la pointe de la langue, se développe à la manière d'un petit bouton ou d'une verrue, qui ne semble d'abord offrir rien de suspect. Après avoir conservé longtemps cette apparence insidieuse, la tumeur devient le siége d'une cuisson qui porte le malade à la presser avec les dents. Elle s'irrite, sa base s'élargit pendant que son sommet se ramollit, se fend et se déchire. Il s'y forme une crevasse d'où s'écoule une sérosité jaunâtre, sanguinolente. C'est un ulcère cancéreux qui fait de rapides progrès, s'étend en surface, devient fongueux, inégal ; ses bords, durs et calleux, se renversent en dehors, et il s'en écoule incessamment une sanie fétide. En même temps, des douleurs lancinantes se déclarent, et puis vient le cortége des autres cancers confirmés, et notamment l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Maintenant que nous avons donné la physionomie de chaque forme du cancer lingual en particulier, il convient d'en présenter les principaux traits rassemblés sous le même coup d'œil. Nous ne saurions mieux atteindre ce but qu'en reproduisant une observation importante de M. Morel-Lavallée.

Obs. « Le 4 octobre 1841, est entré à la Charité, salle Saint-Jean, n° 24, le nommé Muslhuer (André), âgé de vingt ans, ferblantier, né à Bude, non marié.

» *Antécédents.* — Le père de cet homme est mort d'une hydropisie aiguë de poitrine, et sa mère du choléra, l'un et l'autre dans un âge assez avancé ; plusieurs de ses nombreux frères et sœurs ont succombé à la suite de maladies courtes dont il ne peut préciser la nature. Ceux qui ont survécu sont bien portants, quoique ayant déjà tous dépassé la cinquantaine.

» Quant à lui, sa constitution est moyenne ; il a toujours été pâle mais bien portant ; il affirme particulièrement n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, et n'en porte aucune trace. Il a joui toute sa vie d'une certaine aisance qui, jusqu'aux désastres privés de sa maladie actuelle, lui a permis de se nourrir et de se loger convenablement.

» Le malade attribue son affection à ce que, en 1840, il fuma beaucoup avec une pipe courte, qu'il tenait du côté droit de la bouche et qui lui brûlait la langue. A cette époque, sans remarquer de bouton à la surface de sa langue, il vit que l'épiderme exfolié s'en allait sous forme de lamelles, après s'être détaché de la partie moyenne du bord droit de l'organe. Cette exfoliation dura deux ou trois jours, s'accompagnant d'une douleur sourde dans le point correspondant du tissu sous-jacent. Ces deux phénomènes reparurent à plusieurs reprises, à des intervalles variables pendant plusieurs mois, au bout desquels l'exfoliation épidermique cessa, tandis qu'au contraire la douleur persista. Cette dernière, pendant longues années, ne consista qu'en une sensation d'ardeur et par moments de brûlure sans élancements. Sous l'épiderme exfolié, le malade ne vit pas d'abord d'ulcération et ne sentit pas d'induration circonscrite. Mais bientôt une induration diffuse se montra le long du bord droit de la langue ; ce bord devint sinueux, inégal, et s'est crispé graduellement pendant dix-sept ans, jusqu'au point où nous le voyons actuellement. La langue, à mesure qu'elle se déformait, *se collait* de plus en plus, suivant l'expression du malade, au plancher de la bouche, et se refu-

sait de plus en plus aussi à l'articulation des sons. Cette dernière, d'ailleurs, est restée assez bonne jusqu'à il y a quelques mois, et une période de plusieurs années avait précédé où la gêne dont il s'agit était intermittente. Depuis un an seulement, une exsudation purulente, assez abondante pour attirer l'attention, se fait à la surface des anfractuosités anormales que présente l'organe : c'est du pus jaune, grisâtre, de consistance médiocre, non sanieux et ne ressemblant que très imparfaitement à l'ichor cancéreux. A travers cette mince couche de pus, le malade a vu apparaître pendant longtemps sur la moitié droite de la langue de petits mamelons entremêlés de taches blanchâtres. En même temps il maigrissait, s'affaiblissait beaucoup, et sa peau revêtait la teinte jaune paille que nous observons à son entrée. Pourtant il a pris son mal en patience, quoique empêché de fumer depuis sept mois, jusqu'au moment où il s'est décidé à venir à l'hôpital, effrayé par trois hémorrhagies abondantes qui venaient d'avoir lieu à la surface de la partie lésée.

» Les sept derniers mois ont, en effet, à son dire, constitué une période beaucoup plus grave de sa maladie. C'est depuis cette époque que l'ardeur est devenue continuelle, plus vive, s'est étendue à toute la moitié droite de la langue, et jointe à des élancements qui s'irradiaient de là à tout le plancher de la bouche, que le racornissement de l'organe et l'engorgement ganglionnaire voisin ont fait les progrès les plus rapides. Un médecin, consulté dernièrement, a conseillé des frictions résolutives.

» Les lèvres sont restées parfaitement saines, quoique, depuis plus d'un an déjà, le malade laisse couler sur elles une salive épaisse; il a souffert dans ces derniers temps des privations dont il avait été exempt jusqu'alors.

» *État du malade à son entrée.* — Le malade est très maigre, très affaibli, et présente la teinte jaune paille qu'offre la peau dans les maladies analogues. Il y a un engorgement assez considérable à droite, moins marqué à gauche, des ganglions sous-maxillaires, engorgement médiocrement dur et douloureux, à l'ouverture de la bouche, qui n'est que peu empêchée. On constate que les dents supérieures sont presque toutes tombées, que les inférieures, encore toutes en place, sont à peu près saines, d'une substance sale et brune, mais ne présentant aucune excavation et par suite aucune saillie qui ait pu blesser et irriter la langue. Pareille disposition n'a pas non plus, au dire du malade, pu être dans le temps à la mâchoire supérieure la cause de la lésion actuelle. La langue, généralement moins volumineuse que d'habitude, est peu déformée vers sa pointe qui est seulement retenue de plus près contre le plancher de la bouche, mais en arrière elle l'est considérablement et dans sa presque totalité. Une large et longue dépression occupe presque toute sa moitié droite, limitée assez régulièrement en dedans par la ligne médiane, se terminant en avant insensiblement et plongeant en arrière vers le pharynx. Des anfractuosités secondaires circonscrivant d'innombrables petits mamelons, recouvrent cette dépression principale. Le côté gauche de la langue, au contraire, a la forme d'un cône antéro-postérieur à base dirigée en arrière, arrondi à sa face supérieure au lieu d'être plane comme à l'état normal, ou déprimé comme de l'autre côté; il présente une surface inégale due à des mamelons rougeâtres ou blanchâtres plus volumineux que ceux de droite, mais différant moins en apparence du tissu normal. Quant au bord de la langue, à droite et en arrière, il est détruit; à droite et en avant, épais, inégal, couvert d'apparences de végétations qui ne sont que la surface de la langue moins rétractée dans les intervalles qui séparent des sillons où elle l'est davantage; deux ou trois mamelons seulement paraissent près de laisser couler du sang. De petites crêtes blanchâtres et de toutes petites granulations blanchâtres également se voient çà et là sur les saillies qui viennent d'être décrites. La face inférieure n'existe plus; elle se confond avec le plancher de la bouche largement induré, surtout à droite. La couleur de l'organe est d'un gris rougeâtre, parsemé de lignes brunes, dues en grande partie à la stase des aliments dans les sillons anormaux; son tissu est fortement froncé, rétracté vers la portion moyenne de sa base, comme si le derme pincé en ce point

par sa face profonde avait été déprimé; les crêtes et champignons carcinomateux forment deux lignes courbes qui circonscrivent cette vaste dépression. La luette, très petite, mais saine, n'est presque pas déviée; le pilier gauche du voile du palais est sain; le droit est rétracté, déformé, et présente un tubercule blanchâtre, saillant vers sa partie moyenne dans l'isthme du gosier. Cet orifice déformé est proportionnellement plus haut et moins large que d'habitude, plus haut à gauche qu'à droite, à cause de la rétraction du pilier droit. Enfin, la langue paraît flétrie; elle semble contenir peu de sang et n'avoir pas de tendance à en laisser échapper de sitôt. Il est impossible d'examiner convenablement l'orifice des conduits de Warthon.

» Les troubles fonctionnels sont les suivants : l'articulation des sons est extrêmement gênée, si bien que l'on comprend fort difficilement ce que dit le malade. Il rejette à chaque instant et à grand'peine une salive épaisse, peu spumeuse, surtout quand on le fait parler. Une salive visqueuse, sale, remplit de même la bouche, et la langue est recouverte de mucosités sales et visqueuses, mêlées à des débris d'aliments retenus dans une foule de sillons accidentels. La déglutition est plus facile pour les liquides et les aliments mous que pour les substances solides, sans être absolument impossible pour ces dernières. Elle est peu douloureuse, mais elle se fait fort lentement; on voit que les aliments, une fois introduits dans la bouche, ne sont que très péniblement portés vers le pharynx, ce qui s'explique par l'état de la langue et de l'isthme du gosier. Il n'y a ni mauvaise saveur dans la bouche, ni mouvements de déglutition habituels. En revanche, il existe de la céphalalgie et de l'inappétence, plus de la constipation depuis quelques mois. La surface malade est très peu sensible au toucher. Il n'y a pas de douleurs remontant vers la base du crâne, mais des irradiations névralgiques vers la région sous-maxillaire, surtout à droite. Dans l'intérieur même de la langue, se fait sentir une douleur assez vive consistant non en élancements, du moins ils sont rares, mais en une sensation de brûlure qui n'augmente sensiblement ni par le mauvais temps ni par la mastication. En somme, le phénomène symptomatique dominant est l'extrême difficulté de l'expuition. Les digestions sont meilleures qu'on ne le croirait d'abord.

» Au toucher, la surface de la langue est dure, rugueuse, inégale. Le goût n'est pas perverti, et la saveur des aliments semble être aussi vive qu'autrefois; il est vrai que le malade mange presque exclusivement du côté gauche où la langue n'est que peu altérée. En plaçant un peu de ses aliments sur le côté gauche seulement, puis sur le côté droit, on voit que le malade perçoit une saveur plus forte à gauche. La portion de l'organe restée saine en avant et à droite est peu sensible.

» Pendant le séjour du malade ici, on lui donne des aliments liquides et des gargarismes laudanisés. Les douleurs sont peu vives. Aucune hémorrhagie ne réapparaît; quoiqu'il y ait de la constipation et dans la langue quelques douleurs, son état est supportable. Mais comme la disposition de la lésion, qui paraît d'ailleurs marcher très lentement, ne permettait pas de songer à une opération, on ne se proposait de garder cet homme quelque temps que pour pouvoir l'observer et surtout en considération de son manque de ressources.

» Mais les ganglions cervicaux et sous-maxillaires se tuméfièrent davantage, et le gonflement s'étendit assez rapidement à toute la région; la fluctuation y devint bientôt manifeste. Cependant l'état général était d'ailleurs assez satisfaisant, lorsqu'un accident formidable se déclara tout à coup. Le malade fut pris, dans l'après-midi, par un temps de brouillard, d'une suffocation subite avec sifflement dans la gorge. Ce sifflement était si intense qu'on l'entendait d'un bout de la salle à l'autre. L'anxiété était extrême, la face injectée. Après l'administration d'une potion excitante et l'application de sinapismes aux pieds, la dyspnée sembla diminuer; mais bientôt tous les symptômes s'aggravèrent. Par moments, le malade s'agitait convulsivement sur son lit. Le plus souvent, il restait assis, les bras roidis en avant et portant, par intervalles, la main à sa gorge comme pour en arracher ce qui l'étouffait. En quelques heures la teinte violette des téguments et de la face en particulier s'accroît encore, la peau de-

vient froide, les membres thoraciques commencent à se fatiguer de leurs efforts convulsifs, et, après une dernière inspiration très sifflante, le malade rend le dernier soupir. Il était neuf heures du matin ; le lendemain du début de cette dernière crise, il avait proféré des paroles jusqu'à la fin.

» J'ajouterai à ce tableau un dernier trait qui peut mettre sur la voie de la lésion subite qui entravait la respiration ; c'était l'œdème considérable de la face, notamment de la joue gauche, et celui très prononcé de la luette.

» A la visite, le malade me parut agonisant et impossible à sauver, à ce point que je ne voulus pas entreprendre l'opération de la trachéotomie, sans avoir l'avis de mon savant maître, M. Velpeau. Au moment où nous en conférions ensemble ce malheureux expira.

» L'*autopsie* est faite le surlendemain, vingt-quatre heures après la mort, par un temps de brouillard. La langue, qui offre à peine le volume de celle d'un nouveau-né, est creusée à sa face dorsale du côté droit, à sa racine, par l'ulcération cancéreuse que nous avons décrite. Cette excavation, qui logerait une amande, est inégale, dure, rugueuse ; elle s'étend au pilier correspondant du voile du palais. La langue atrophiée, d'ailleurs sans déformation, est immobile et semble faire partie du plancher de la bouche. Au niveau et autour de l'ulcère, elle crie sous le scalpel, est d'un tissu grisâtre, dont l'aspect musculaire a presque entièrement disparu, et d'où la pression fait suinter quelques gouttes d'un suc blanchâtre. C'est la dégénérescence squirrheuse pure, avec quelques traînées brunes et comme mélaniques. Loin de l'ulcération, la langue est encore plus dure qu'à l'état normal, son tissu charnu est moins rouge. Le plancher de la bouche est également induré dans ses muscles qui sont comme rétractés ; le tissu cellulaire intermédiaire offre çà et là de l'infiltration

» La cause immédiate de la mort siégeait plus profondément ; un œdème énorme boursouflait tous les replis du larynx et du pharynx, le centre de l'infiltration occupait l'orifice supérieur du larynx. Ainsi étaient infiltrés : les replis aryténo-épiglottiques, l'intérieur du larynx et les cordes vocales ; les replis glosso-épiglottiques, le voile du palais, ses piliers et la luette. Cette infiltration s'arrêtait en bas à l'origine de l'œsophage ; à peu près égale des deux côtés, elle donnait à la muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx une teinte blanc jaunâtre uniforme ; plus aucune trace de rougeur ou même de teinte rosée qui conservât au tissu quelque apparence de sa nature si vasculaire. Une fente étroite se voyait encore au niveau de la glotte ; mais l'orifice supérieur du larynx était entièrement oblitéré par des ligaments aryténo-épiglottiques, l'un et l'autre gonflés au point d'avoir acquis le volume du doigt. La muqueuse, dans toute la gorge, présentait, outre la décoloration indiquée, une tension et un aspect lisse et luisant, marqué surtout au niveau des replis muqueux de la région. La portion libre de l'épiglotte avait échappé à l'infiltration ; elle ne présentait rien d'anormal. Chacun des replis aryténo-épiglottiques et les bords muqueux des cartilages aryténoïdes, surtout le droit, pouvait être légèrement soulevé, mais il retombait aussitôt comme un lourd opercule à côté de son congénère ; de sorte que pendant l'inspiration l'air devait bien tendre à obturer cet orifice plutôt qu'à le rendre libre, et produire le sifflement observé. La coupe de ces replis présente un aspect gris-jaunâtre, parfaitement lisse, brillant comme de la colle de poisson ; une matière gélatiniforme concrète distend le tissu cellulaire sous-muqueux dont elle laisse apercevoir les mailles distendues à travers sa transparence presque complète. Rien ne s'écoule spontanément de la coupe, même au bout d'un instant ; bien plus, si l'on presse fortement ces replis entre deux doigts ou les mors de la pince, en les prenant dans la direction de la coupe, rien ne transsude par cette dernière : ce qui démontre combien cette lymphe concrète, gélatiniforme, adhère intimement au tissu cellulaire intermédiaire aux deux feuillets muqueux, réduits l'un et l'autre à une minceur extrême.

» Il y avait de l'infiltration aux membres et à la partie postérieure du tronc.

» Les poumons étaient œdémateux en arrière, le cœur sain. Les ganglions sous-maxillaires étaient le siége d'une suppuration comme scrofuleuse ; ce pus était

grumeleux et en grande partie séreux. Ce liquide formait des collections assez considérables dans l'intérieur et autour de toutes les glandes sous-maxillaires et cervicales. Ces glandes n'offraient d'ailleurs rien de manifestement cancéreux. Nous ne devons pas oublier qu'au moment où la pièce anatomique était soumise à la Société de chirurgie, on trouva, sur l'indication de M. Vidal (de Cassis), un abcès à la face antérieure de la base de l'épiglotte.

» L'interne qui devait terminer l'autopsie a omis d'indiquer l'état des viscères, excepté pour le cœur qui était sain.

» Cette observation me paraît intéressante, surtout :

» 1° Par l'atrophie remarquable de la langue ; et si je ne m'abuse, c'est l'unique exemple de cancer atrophique de la langue ;

» 2° Par l'impossibilité de l'expuition, ce qui faisait le tourment du malade ;

» 3° Par le genre de mort : asphyxie par œdème de la glotte ; œdème résultant évidemment de la suppuration générale des ganglions sous-maxillaires et cervicaux ;

» 4° Par la manière dont l'œdème de la luette a annoncé la nature de la lésion qui causait la dyspnée.

» Ce cancer me parut inopérable à cause du siége profond du mal, de l'affection des glandes voisines, de l'infection cancéreuse, et enfin de la marche lente du mal jusqu'à l'accident subit qui y mit fin. » (Morel-Lavallée, *Thèse citée*, de M. Maisonneuve, p. 120.)

Diagnostic du cancer de la langue. — Le diagnostic du cancer de la langue peut offrir une extrême difficulté contre laquelle des chirurgiens du plus grand mérite ont souvent échoué. On a pris pour des cancers des tumeures avec ou sans ulcération, lesquelles disparaissaient par l'extraction d'une dent, ou par un traitement antisyphilitique, dont le mercure, l'iode ou les préparations d'or faisaient la base ; sans parler de ces tumeurs prétendues cancéreuses qu'on a enlevées par la ligature ou l'instrument tranchant, quand elles auraient pu guérir par un traitement intérieur. D'un autre côté, peut-être la méprise inverse est-elle plus fréquente encore. On a souvent perdu un temps précieux à traiter par des médicaments internes des lésions qui, par leur nature, ne pouvaient disparaître que par une destruction toute physique.

C'est dans la période qui précède l'ulcération que l'erreur est surtout facile. Plus tard, dans certains cas exceptionnels, on a vu des tumeurs syphilitiques ulcérées prises pour des cancers incurables et devenir mortelles, faute d'un traitement convenable. Nous allons chercher à établir un diagnostic différentiel qui puisse faire éviter ces méprises.

a. Le cancer *épithélial*, qu'il soit à l'état de verrue ou de tumeur sessile circonscrite, et c'est le seul cancer lingual qui revête cette forme, ne peut être confondu qu'avec les tumeurs érectiles et avec les végétations syphilitiques.

Il se distingue des tumeurs érectiles par son origine récente, par sa dureté, par son aspect qui n'a rien de vasculaire, et par l'absence d'écoulement notable de sang si on le pique avec une aiguille.

Le cancer épithélial diffère des végétations syphilitiques par sa base large, son induration plus prononcée, et un peu plus tard par le fendillement de sa surface et le suintement ichoreux qui s'en écoule ; enfin par les élancements dont il est le siége. L'absence de tout autre symptôme syphilitique est encore une présomption dans le même sens.

b. Les *tumeurs pédiculées*, qui appartiennent presque exclusivement au tissu encéphaloïde, peuvent se confondre, quand elles sont indolentes, avec un condylôme syphilitique, un polype fibreux, une tumeur érectile ou une simple hypertrophie des papilles.

Mais l'hypertrophie des papilles a une apparence trop simple, trop bénigne, trop nette pour offrir une difficulté sérieuse de diagnostic.

Les condylômes syphilitiques diffèrent des tumeurs encéphaloïdes pédiculées par un grand nombre de caractères : presque toujours multiples, tantôt aplatis, disposés en crête de coq ; tantôt grenus et profondément déchiquetés en forme de choux-fleurs ; ils ont ordinairement pris naissance sur un chancre en voie de réparation, ou sur une plaie muqueuse, tandis que l'encéphaloïde pédiculé se montre indifféremment sur un point quelconque sans affec-

tion préalable; qu'il offre une disposition pyriforme, et qu'il est ordinairement solitaire. Il se développe d'ailleurs plus rapidement et atteint un volume plus considérable que la végétation vénérienne.

Quant aux tumeurs érectiles, elles sont trop faciles à reconnaître pour que nous insistions sur leurs signes différentiels. Il en est de même du polype fibreux qui, en outre, est trop rare pour qu'on puisse sérieusement s'en préoccuper ici.

c. Les *cancers profonds ou interstitiels* offrent plus de chances d'erreurs, et nous emprunterons ce point de diagnostic à M. Maisonneuve, qui l'a bien développé.

« Pour aplanir, autant que possible ces difficultés, nous chercherons à établir la distinction de deux variétés principales de cancer qui peuvent se présenter sous la forme de tumeur interstitielle; puis nous diviserons les autres tumeurs en deux catégories : 1° celles qui ont des caractères distinctifs et pathologiques, qui rendent leur diagnostic facile, et qu'on ne peut, par conséquent, confondre avec aucune forme de cancer ; 2° celles dont les caractères ne sont pas assez saillants pour qu'il soit possible d'établir d'emblée cette distinction.

» 1° *Diagnostic différentiel des deux principales variétés de cancer, squirrhe et encéphaloïde à l'état de tumeurs interstitielles.* — Le squirrhe, à l'état de tumeur interstitielle, affecte deux formes principales : tantôt il constitue des noyaux sphéroïdes développés dans l'épaisseur de la membrane muqueuse ou dans les parties immédiatement sous-jacentes; tantôt il forme des plaques ou des engorgements diffus, bosselés, inégaux. Quelle que soit sa forme, il est surtout remarquable par sa dureté cartilagineuse, par la prompte adhérence de la membrane muqueuse, par son volume généralement peu considérable, et quelquefois par un racornissement caractéristique des parties voisines qui semblent attirées vers le centre de la maladie pour venir s'y fondre en tissu dur et lardacé. Souvent, à cette période de son développement, le squirrhe de la langue est tout à fait indolent, et les ganglions lymphatiques intacts; d'autres fois, au contraire, il est déjà le siége de douleurs lancinantes; et l'engorgement s'est propagé aux ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

» *Le cancer encéphaloïde*, au contraire, présente, en général, une forme assez régulièrement arrondie ou lobulée; la membrane muqueuse reste longtemps intacte et sans adhérences; puis à mesure que la tumeur fait des progrès, elle prend un aspect lisse et brillant. Au début les tumeurs ont une consistance élastique qui devient de plus en plus molle, et donne souvent, en divers points, la sensation d'une fluctuation réelle. Quant aux douleurs lancinantes et aux engorgements ganglionnaires, il y a peu de différence avec le squirrhe.

» *Le cancer colloïde* constitue des tumeurs arrondies, molles et semi-fluctuantes dès leur début; celles-ci progressent lentement sans douleurs lancinantes, mais elles donnent lieu à l'engorgement précédent. C'est une production morbide très rare à la langue.

» La *mélanose* constitue de petites tumeurs dures peu élastiques, de couleur noirâtre, souvent indolentes ou donnant lieu à des douleurs faibles non caractéristiques.

» *Le cancer épithélial.* — Celui-ci ne forme point ordinairement de masse interstitielle sans présenter, à la surface de la muqueuse, un bouton, une sorte de verrue qui, longtemps, a été le seul phénomène apparent de la maladie; ce n'est que plus tard que l'engorgement interstitiel s'est manifesté.

» De ces considérations il résulte que les principales variétés du cancer ont, même quand elles revêtent la forme interstitielle, des caractères généralement assez distincts pour qu'il soit possible de les reconnaître dans le plus grand nombre des cas. Cependant il peut se faire, surtout quand ils occupent une région profonde ou qu'ils sont encore à leur début, que l'examen le plus attentif ne puisse pas arriver à les différencier d'une manière exacte. Ceci se conçoit facilement quand on songe que l'incertitude se prolonge parfois encore, alors même que la tumeur soumise à l'extirpation peut être étudiée à l'aide du scalpel et du microscope.

» 2° *Diagnostic des tumeurs interstitielles qui se distinguent des diverses formes du*

cancer par des caractères nets et tranchés. — Nous classerons dans cette catégorie : 1° les tumeurs inflammatoires aiguës ; glossite phlegmoneuse, circonscrite ou diffuse ; glossite mercurielle ; abcès dont la marche rapide n'a rien de commun avec les tumeurs cancéreuses ; 2° le prolongement ou gonflement chronique, qu'il est également facile de reconnaître à sa tuméfaction uniforme et régulière, à un certain degré de souplesse, à l'absence de noyaux durs dans son intérieur, et surtout à son mode de développement, qui, le plus souvent, a son origine dans une disposition congéniale ; 3° les anévrismes circonscrits développés sur le trajet d'une artère, et surtout animés d'un mouvement d'expansion caractéristique isochrone aux battements du cœur ; 4° les anévrismes diffus ou faux primitifs, survenus immédiatement après une blessure et compliqués d'hémorrhagie ; 5° les varices et les tumeurs veineuses qui se distinguent à leur mollesse, leur dépressibilité, leurs circonvolutions noueuses, et surtout leur coloration bleuâtre ; 6° les tumeurs éléphantiasiques reconnaissables à leur insensibilité complète et à la coexistence de tumeurs semblables au visage et sur les membres ; 7° les tumeurs formées par les corps étrangers (balles, fragments de dent) que l'on peut, en général, diagnostiquer facilement en ayant égard aux circonstances de leur apparition, à leur dureté métallique ou pierreuse, au petit trajet fistuleux qui les accompagne ordinairement, et par lequel un stylet fin peut arriver jusqu'à eux ; 8° les névromes. Ces tumeurs qui, parfois, sont des cancers, se distingueront facilement des autres formes de cette affection, aux irradiations douloureuses excessivement aiguës auxquelles elles donnent lieu à la moindre occasion, et qui ne cèdent à aucun remède.

» 3° *Diagnostic des tumeurs interstitielles de la langue dont les caractères se rapprochent de ceux des diverses formes de cancer.* — Les tumeurs interstitielles de la langue, qui peuvent en imposer pour un cancer, sont encore fort nombreuses, malgré l'élimination que nous avons déjà faite : ce sont les tumeurs hématiques, graisseuses, hydatiques, les kystes, les tubercules, les engorgements scrofuleux, et surtout les tumeurs fibreuses et les nodus syphilitiques.

» Les *tumeurs hématiques*, *graisseuses et hydatiques*, sont tellement rares dans la langue, qu'il y a déjà peu de chance de commettre des erreurs à cet égard. Leur consistance molle et élastique les différencie suffisamment du squirrhe ; et d'autre part, elles n'ont point la marche ordinairement rapide, ni les douleurs lancinantes du cancer encéphaloïde, ni la couleur noire de la mélanose ; elles ne donnent point lieu à l'engorgement des ganglions ; mais il faut bien l'avouer, ce ne sont pas là des caractères suffisants pour établir, dans tous les cas, un diagnostic certain.

» Les *kystes et les tumeurs fibreuses* se rencontrent encore assez rarement dans la langue. Les premiers sont d'un diagnostic assez facile, quand ils se montrent à la superficie ; leur transparence et la fluctuation qu'ils présentent les font suffisamment distinguer ; mais quand ils sont cachés dans la profondeur de l'organe, ils ont, en général, ainsi que les tumeurs fibreuses, une dureté qui les fait prendre quelquefois pour des squirrhes, et plus souvent encore pour des encéphaloïdes à l'état de crudité. Une ponction exploratrice est le meilleur moyen de lever tous les doutes.

» Les *engorgements scrofuleux*, les *tubercules* peuvent aussi quelquefois simuler le cancer, d'autant plus qu'ils sont presque toujours, comme les tumeurs cancéreuses, accompagnés d'un engorgement des ganglions lymphatiques ; on pourra le soupçonner en considérant la constitution scrofuleuse du malade et la coexistence d'engorgements de même nature dans d'autres parties du corps. De plus, la langue affectée de tubercules ou d'engorgements scrofuleux est ordinairement pâle, légèrement sédimenteuse, ce qui ne s'observe point habituellement dans les cancers. » (Maisonneuve, *Thèse citée*, p. 127.)

Nodus syphilitiques. — Ce sont les tumeurs interstitielles qui en ont le plus souvent imposé pour des cancers, surtout pour des encéphaloïdes. C'est la même forme globuleuse au début, la même élasticité, la même souplesse et la même coloration normale de la muqueuse sur la

tumeur. Dans les deux cas, lorsque la tumeur commence à se ramollir, il y a des points demi-fluctuants; il y a aussi engorgement des ganglions lymphatiques. Il n'est pas jusqu'à la récidive après l'extirpation qui n'appartienne aussi aux tumeurs syphilitiques tertiaires, ainsi que M. Maisonneuve en a observé un exemple. Cependant, à l'aide des données suivantes. on arrivera, en général, au diagnostic, Le nodus syphilitique occupe ordinairement le centre de la langue (Boyer); et il y aura d'autres symptômes passés ou actuels de syphilis constitutionnelle; enfin la dernière ressource, c'est le traitement antisyphilitique, dont le résultat juge définitivement la question.

Tumeurs ulcérées. — A mesure que le cancer avance dans son évolution, ses caractères se prononcent davantage, mais c'est surtout quand arrive l'ulcération qu'ils se dessinent avec netteté. Alors toutes les variétés du cancer offrent une physionomie spéciale.

L'*ulcération du squirrhe*, généralement peu étendue, s'accroît lentement, ses bords se renversent en dehors; son fond est d'une couleur blafarde, grisâtre ou lie de vin; les parties ramollies sont limitées par des tissus très durs. La surface de l'ulcère, tantôt unie, tantôt recouverte de fongosités mollasses, fournit une sanie ichoreuse ordinairement peu abondante, et à mesure les indurations squirrheuses envahissent les alentours du foyer.

Ulcération encéphaloïde. — La tumeur encéphaloïde peut offrir d'abord une marche insidieuse; mais une fois ramollie et ulcérée, elle se fait aisément reconnaître aux champignons fongueux qui s'en élèvent, au liquide sanieux et fétide qui s'en écoule, à son saignement facile, à l'engorgement ganglionnaire, puis enfin à la cachexie cancéreuse.

L'*ulcération mélanique* se caractérise par l'aspect d'où elle tire son nom.

L'*ulcération colloïde* est peu connue; elle a de l'analogie avec celle du squirrhe.

Enfin l'*ulcération du cancer épithélial* se comporte à peu près comme l'ulcération squirrheuse, moins la dureté et le racornissement des parties voisines. Longtemps indolente, elle ne donne lieu que très tard à l'engorgement ganglionnaire.

Les antécédents et l'examen microscopique des détritus pourront singulièrement éclairer le diagnostic.

Les maladies qui peuvent être confondues avec les diverses formes du cancer de la langue ulcérée sont peu nombreuses. Voici comment M. Maisonneuve traite ce point :

« 1° *Ulcérations aiguës.* — Avec un peu d'attention, on ne confondra pas avec l'ulcère cancéreux l'ulcération qui provient d'un abcès ouvert spontanément, celle qui résulte de la chute d'une plaque gangréneuse, ou bien les ulcérations mercurielles et scorbutiques; mais le diagnostic sera moins facile pour les ulcères calleux simples, pour les ulcères scrofuleux, pour les ulcères syphilitiques.

» 2° *Ulcères calleux simples.* — Ces ulcérations, dont le fond est grisâtre et parfois fongueux et saignant, dont les bords sont durs, calleux, renversés, et qui parfois se compliquent d'engorgements ganglionnaires, occupent toujours l'un des côtés de la langue. Jamais ils ne sont le siége de douleurs lancinantes, et toujours ils correspondent à quelque dent cariée. Il n'est pas toujours facile cependant de reconnaître, au premier coup d'œil, la relation qui existe entre la présence de ce chicot et l'ulcère. Il faut être, à cet égard, bien prévenu qu'une ulcération considérable peut être produite ou entretenue par une pointe quelquefois presque imperceptible, mais que le doigt fait aisément reconnaître. Malgré ce caractère, ce n'est souvent qu'après l'avulsion des dents suspectes que le diagnostic peut être complétement établi. Si l'ulcération n'est point cancéreuse ou syphilitique, elle se cicatrise promptement après l'avulsion de la dent; dans le cas contraire, elle persiste.

» 3° *Ulcérations scrofuleuses.* — Ainsi que les ulcérations du cancer, elles sont supportées parfois par une base indurée, irrégulière, bosselée; leur surface est fongueuse, les ganglions correspondants sont engorgés; mais elles se lient à une constitution scrofuleuse. Il existe dans d'autres points de l'économie des engorgements, des ulcérations analogues; puis la langue n'est le siége d'aucun élancement douloureux; le pus qui s'écoule n'a

point cette odeur fétide *sui generis* des ulcérations du cancer.

» 4° *Ulcérations syphilitiques.* — Un praticien attentif ne confondra point avec les ulcérations cancéreuses de la langue les chancres indurés qui peuvent se développer sur cet organe ; mais quand une tumeur syphilitique tertiaire aura parcouru lentement ses périodes, et sera arrivée au ramollissement et à l'ulcération, elle aura parfois avec le cancer confirmé la plus grande ressemblance. Ainsi que l'encéphaloïde, elle aura débuté par un noyau élastique dans l'épaisseur de l'organe; comme lui, elle se sera développée graduellement, aura envahi peu à peu les parties voisines ; comme lui encore elle aura donné lieu à l'engorgement des ganglions de la mâchoire et du cou; elle se sera ramollie, ulcérée, fournira une suppuration abondante; comme lui encore elle aura résisté à des traitements incomplets, mais elle ne sera point le siége de douleurs lancinantes. La suppuration qu'elle fournira n'aura point l'odeur *sui generis* repoussante du cancer : elle se reliera à une succession de phénomènes morbides dont on pourra facilement suivre la filiation, en interrogeant avec soin le malade; mais surtout elle rétrogradera avec une promptitude, qui tient parfois du prodige, sous l'influence d'un traitement par les préparations d'iode. » (Maisonneuve, *Thèse citée*, p. 132.)

Pronostic du cancer de la langue. — Abandonnée à elle-même, cette affection est à peu près inévitablement fatale. Nous ne connaissons pas d'exemple de la destruction par une gangrène salutaire. Outre cette fatale terminaison, avant d'arriver là, le malheureux malade est tourmenté par la gêne ou l'impossibilité de la parole, par la difficulté de la déglutition, par le mélange d'un ichor infect aux aliments et aux boissons, par une odeur repoussante qui est pour tous et pour le patient lui-même une cause incessante de dégoût. Il est des cas où ces inconvénients sont moins marqués, et où, comme l'a noté M. Morel-Lavallée, c'est la difficulté ou l'impossibilité de l'expuition qui fait le supplice du patient. L'épuisement de la fièvre hectique ou les hémorrhagies amènent ordinairement le terme fatal. On a pu voir, dans l'observation du chirurgien que nous venons de citer, la mort arriver brusquement et par un mécanisme non encore observé, par asphyxie résultant de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques. On parle aussi de cas où la tumeur aurait fermé par sa masse l'orifice du larynx et aurait amené la suffocation.

Toutes les formes du cancer ne marchent pas avec une égale rapidité; le cancer épithélial reste longtemps borné à la surface; le squirrhe procède lentement aussi, mais l'encéphaloïde détruit quelquefois les tissus avec une effrayante rapidité.

Enfin, quelle que soit sa nature, le cancer de la langue offre une gravité qui varie suivant son siége plus ou moins accessible à la chirurgie, sa forme enkystée ou diffuse, etc.; suivant encore qu'il est compliqué ou non de l'engorgement carcinomateux des ganglions lymphatiques voisins.

Traitement du cancer de la langue. — On peut attaquer cette lésion par trois moyens: la cautérisation, l'extirpation et la ligature.

a. Cautérisation. — Les caustiques liquides ou solides ne sont guère applicables qu'aux cancers extrêmement superficiels; le nitrate acide de mercure, la pâte de Vienne solidifiée, ne peuvent procurer des succès que dans les cas légers.

Le fer rouge, plus facile à manier, est cependant encore rarement employé. Il faut garnir la bouche avec un linge imbibé d'eau fraîche, pour empêcher la vapeur que développe le cautère de brûler l'intérieur de cette cavité.

b. Extirpation. — Par ce mot, nous entendons l'ablation du cancer à l'aide de l'instrument tranchant, quel que soit d'ailleurs le procédé opératoire.

Lorsque les tumeurs sont pédiculées, une double incision semi-elliptique en cerne la racine et l'enlève. Si elles sont enkystées, on tire la langue au dehors et on l'y maintient au moyen d'un linge sec, et l'on fait sur toute l'étendue de la tumeur une incision qui pénètre jusqu'au tissu morbide; puis, l'accrochant avec le ténaculum, on exerce sur la tumeur une traction modérée, pendant qu'avec le bistouri ou une spatule on fait l'énucléation. C'est un procédé que Dupuytren a mis en usage

avec succès. L'excavation qui logeait la tumeur se resserre peu à peu d'elle-même, ou avec l'aide de gargarismes détersifs.

L'extirpation de tumeurs superficielles non enkystées ne présentant rien de particulier, nous ne nous y arrêterons pas.

Lorsque le cancer occupe la pointe de la langue, il faut suivre l'exemple de Boyer : au lieu d'enlever transversalement la pointe de l'organe, derrière la production accidentelle, par une section transversale, comme le faisait Louis, en occasionnant une hémorrhagie assez considérable, on circonscrit la tumeur par une double incision en V, ouvert en avant.

Procédé de Boyer. — Voici du reste comment Boyer expose lui-même les règles de son opération, et décrit la manière dont il l'a pratiquée sur un malade :

« La tumeur s'étendait de la pointe de la langue, qui était un peu bifurquée, à neuf ou dix lignes dans l'épaisseur de cet organe ; son diamètre transversal était un peu moindre, et la dureté ne comprenait pas les bords même de la langue. Je fis asseoir le malade sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide ; un bouchon de liége fut placé entre les dents molaires pour tenir les mâchoires écartées. Situé en face du malade, je l'engageai à tirer la langue pour la fixer. Je passai une érigne simple dans la partie malade ; je saisis le bord droit de l'organe entre le pouce et l'indicateur gauche, et, avec des ciseaux droits, je fendis d'un seul coup jusqu'au delà de la tumeur ; je laissai un peu cracher le malade, puis je pinçai de nouveau la langue dans la partie malade, toujours de la main gauche, et de deux coups de ciseaux je fis une seconde incision en dehors de mes doigts et de la tumeur ; cette incision se réunissait à la seconde sous un angle. Le malade ayant craché le sang dont sa bouche était remplie, présenta la langue pour que je fisse la suture ; avec une petite aiguille courbe, je traversai de dehors en dedans le lambeau gauche, et de dedans en dehors le droit, à environ une ligne et demie de leur pointe. Les deux bouts du fil furent réunis et tenus en avant par un aide, mais sans presque tirer ; car si l'on eût voulu lutter contre la rétraction des muscles de la langue, on eût déchiré cet organe. Un second point de suture fut passé de la même manière au milieu de l'espace compris entre le premier et l'angle de la plaie, l'aiguille entrant et sortant à la face supérieure de son épaisseur et le quart inférieur. Je serrai de suite ce point par le nœud du chirurgien et un second nœud simple. Le premier point fut serré de la même manière, et comme à la face inférieure de la division il restait une espèce de rigole, un troisième point de suture y fut placé à distance égale des deux premiers, puis noué comme les autres. Tous les points de suture furent serrés suffisamment pour que les lèvres de la plaie fussent exactement en contact, afin de prévenir la filtration de la salive entre elles, ce qui eût pu empêcher la réunion. Cette striction était sans inconvénient, puisqu'il n'y avait point de tendance à la rétraction latéralement. Elle fut au reste assez peu douloureuse, ainsi que toute l'opération. Il n'y eut aucune hémorrhagie ; le simple contact des lèvres de la plaie suffit pour la prévenir. Le bandage de Pibrac avait été préparé, mais le malade ne put le supporter, à cause des vomissements qu'il provoqua. La douleur et le gonflement de la langue furent assez considérables ; la déglutition était très gênée. Ces symptômes diminuèrent les jours suivants ; la guérison était parfaite le huitième jour : la langue avait sa forme et presque son volume naturels ; elle n'offrait qu'une cicatrice linéaire, sans aucune trace de bifurcation à son sommet. » (Boyer, *Traité des maladies chirurg.*, t. VI, p. 393.)

L'extirpation des cancers du corps de la langue compte plusieurs procédés : l'extirpation par la bouche avec ou sans ligature préalable de l'artère linguale ; l'extirpation avec division de l'os maxillaire inférieur ; enfin l'extirpation par-dessous le menton.

1° *Extirpation par la bouche.* — La langue est attirée fortement hors de la cavité buccale, et la tumeur accrochée avec une ou plusieurs érignes, le chirurgien, portant le bistouri sur la région dorsale de cet organe, entre la tumeur et les parties saines, l'isole rapidement de la masse cancéreuse de ce côté, puis, reportant l'instrument en arrière, il circonscrit la tumeur en ce sens, la dissèque d'arrière en avant,

en la renversant sur elle-même, et termine en la séparant du plancher de la bouche. Comme le sang coule en abondance, on réprime l'hémorrhagie en portant énergiquement le fer rouge sur toute l'étendue de la plaie. Souvent il faut éteindre deux ou trois cautères et même davantage; puis on remplit l'excavation avec des boulettes de charpie pour arrêter le dernier suintement (Geny et Velpeau).

C'est pour éviter cette hémorrhagie, que Flaubert liait préalablement l'artère linguale correspondante.

2° *Extirpation par la bouche, après la section de l'os maxillaire inférieur.* — Lorsque le mal s'est profondément étendu à la base de la langue, on en facilite l'ablation par la section préalable de l'os maxillaire inférieur. Cette section se fait non sur la ligne médiane, mais entre l'incisive et la canine du côté où la tumeur fait le plus de saillie.

Voici comment s'exprime M. Maisonneuve au sujet de cette opération qui a été pratiquée par M. Roux et M. Sédillot :

« Le fait de la section de l'os maxillaire a d'abord quelque chose d'effrayant; mais quand on considère que par ce moyen l'extirpation de la langue, ordinairement si difficile et si incertaine dans son exécution, se transforme, pour ainsi dire, en une simple extirpation de tumeur superficielle, on est plus disposé en faveur de cette opération et on la considère comme une conquête de la médecine opératoire. » (*Loc. cit.*, p. 150.)

M. Sédillot a communiqué à l'Académie des sciences, séance du 19 février 1844, son intéressante observation.

« J'ai été appelé, dit-il, il y a quelque temps auprès d'une personne de Strasbourg, atteinte d'un cancer à la langue. Toute la moitié gauche de l'organe était profondément atteinte jusqu'à l'épiglotte. L'opération, regardée comme nécessaire par tous les hommes de l'art, fut résolue. Voici de quelle manière elle a été exécutée.

» Je commençai, dit M. Sédillot, par enlever la première incisive gauche inférieure, puis j'incisai verticalement, à quelques millimètres à gauche de la ligne médiane, toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et les téguments de la région cervicale, jusqu'au niveau de l'hyoïde. Je passai un bistouri étroit derrière la portion correspondante du maxillaire, en ayant soin de ménager complétement le côté droit, et je divisai l'os d'un trait de scie. Deux aides ayant immédiatement écarté les branches de la mâchoire, je séparai les parties molles de la branche gauche de l'os jusqu'au voile du palais, et, au moyen d'un bistouri droit, je pratiquai la section de la langue sur la ligne médiane, et j'en enlevai la moitié malade en la contournant en arrière, au niveau de l'épiglotte.

» Cette opération s'exécuta avec une extrême facilité, et sans présenter le moindre obstacle. Je posai une ligature sur l'artère linguale, et toute hémorrhagie fut arrêtée. Le pansement consista dans l'affrontement des branches de la mâchoire, maintenues en contact par une petite lame d'or, appliquée et soutenue au-devant des arcades dentaires par un fil de soie. La lèvre fut réunie par la suture entortillée, et une mèche fut laissée dans la plaie du cou, pour le passage des mucosités et du pus.

» La malade ne paraissait que fatiguée. Elle n'avait pas éprouvé un seul moment de suffocation; n'avait nullement été incommodée par le sang; elle articulait quelques paroles d'une manière intelligible. La langue, soutenue par le muscle génioglosse, resté intact, ne s'était pas rejetée en arrière. Le neuvième jour de l'opération, la lèvre est complétement réunie, la mâchoire se consolide, les plaies de la langue et de la bouche sont détergées, et tout fait espérer un résultat complétement heureux. »

3° *Extirpation par-dessous le menton.* — M. Regnoli, professeur de clinique à l'hôpital de Pise, a pratiqué avec succès cette opération sur une femme qui avait une tumeur cancéreuse de la grosseur d'un œuf au côté gauche de la langue. Bien que ce chirurgien ait réussi, nous ne croyons pas qu'il ait beaucoup d'imitateurs; son procédé est trop compliqué.

c. *Ligature.* — La ligature des tumeurs pédiculées, ou de celles qui siégent sur la pointe de la langue, sont trop simples pour que nous en donnions ici la description. La ligature des tumeurs qui occupent le corps ou la base de la langue mérite seule de nous arrêter. Elle compte quatre pro-

cédés : la ligature simple par la bouche; la ligature par la bouche combinée avec l'incision; la ligature sous-mentale combinée avec l'incision de la langue; enfin, la ligature sous-mentale simple.

1° *Ligature simple par la bouche.* — Cette opération comprend la ligature à anses proprement dites, et la ligature à anses excentriques.

a. Ligature à anses proprement dites. (Procédé de M. Récamier.) — Voici comment M. Maisonneuve la décrit:

« *Premier temps.* — Le malade assis sur un fauteuil en face d'une croisée, la tête maintenue solidement par un aide, la langue est liée et maintenue hors de la bouche à l'aide d'un ténaculum. Alors le chirurgien, qui doit avoir à sa disposition plusieurs aiguilles moulées de forme sphéroïde et percées d'un fil double, la porte de bas en haut à travers l'épaisseur de la langue, et lui faisant traverser l'épaisseur de l'organe, la fait sortir à la région dorsale au delà des limites latérales de la tumeur; il dégage les fils du chas de l'aiguille et la retire pour en prendre une troisième armée toujours de deux fils forts. Il porte cette troisième aiguille à un pouce plus en arrière encore, et la conduit de même au-dessous de la tumeur pour la faire sortir à la région dorsale de la langue, au delà des limites de la maladie. Il dégage les fils et retire l'aiguille pour en prendre une troisième, une quatrième, une cinquième même, avec lesquelles il porte de la même manière autant de fils doubles, en ayant soin de les espacer d'un pouce au plus les uns des autres.

» *Deuxième temps.* — Quand il est arrivé aux limites postérieures de la tumeur, il s'arrête et s'occupe de réunir les fils nouveaux pour en former des anses. Pour cela, chaque paire de fil est dédoublée; l'un des chefs de la première est uni par un nœud solide avec un des chefs de la troisième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière. Il résulte autant d'anses, moins une, qu'il y a de paires de fils, puis, la paire antérieure et la paire postérieure ont chacune un fil libre, lesquels sont destinés à cerner la tumeur l'un en avant, l'autre en arrière; pour cela les deux chefs du fil antérieur sont réunis et passés dans un même serre nœud. On en fait autant pour le fil postérieur et pour les deux chefs inférieurs de chaque anse.

» *Troisième temps.* — Alors on procède à la constriction. C'est par le serre-nœud postérieur qu'il convient de commencer, afin d'épargner autant que possible la douleur au malade, cette opération n'étant point de celles qui permettent l'emploi des moyens stupéfiants; la constriction doit être énergique. Pour la rendre plus facile, M. Récamier a imaginé des serre-nœuds à plaque, extrêmement commodes. On peut aussi employer le treuil de Mayor ou d'autres instruments du même genre.

» Après la ligature, la tumeur devient turgide, violacée, puis noirâtre, et finit par se sphacéler et tomber en putrilage. Il est de la plus haute importance de surveiller cette élimination. La bouche du malade doit être incessamment rincée à grande eau au moyen d'une forte seringue qui projette un jet vigoureux jusque dans le fond de la gorge; il importe aussi d'exciser les lambeaux sphacélés de la tumeur, de l'amoindrir ainsi peu à peu, jusqu'à ce que les ligatures elles-mêmes se détachent. » (Maisonneuve, *loc. cit.*, p. 157.)

b. Ligature à anses excentriques. — Elle consiste à cerner la tumeur par un certain nombre d'anses, dont les chefs pendent à l'extérieur, tandis que les anses elles-mêmes sont placées profondément au-dessous de la partie engorgée. Elle a été imaginée par Blandin.

On se sert d'une seule aiguille spiroïde percée d'un chas près de son extrémité, et montée sur un manche.

Garnie d'un fil fort, cette aiguille est introduite sur le côté de la tumeur; on la fait pénétrer au-dessous jusque vers le milieu de sa base; puis, lui faisant décrire une courbe assez courte, on vient en faire sortir la pointe à trois centimètres au delà du point d'immersion; on dégage le fil de son chas pour le laisser pendre de côté, et sans retirer l'aiguille, on l'arme d'un second fil; on retire alors doucement l'aiguille jusqu'à ce que sa pointe soit profondément cachée, puis la poussant plus en avant, en lui faisant décrire une nouvelle courbe sous la base de la tumeur, on fait sortir sa pointe sur le bord de cette tumeur, à trois centimètres encore au-devant du premier point de sortie. Là on

dégage le second fil, et l'on en passe un troisième dans le chas, et on le conduit de la même manière sous la tumeur pour le ramener à trois centimètres au delà ; et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait circonscrit par des anses de fil toute la circonférence de la partie malade. C'est alors seulement que l'aiguille est retirée, entraînant avec elle un dernier fil, qui complète ainsi la série. La tumeur est ainsi cernée par un certain nombre de fils dont les anses, toutes placées dans l'intérieur, se regardent par leur convexité, tandis que leurs chefs pendent à l'extérieur. On réunit ces chefs et on les serre, soit directement, soit à l'aide de serre-nœuds, pour étrangler les tissus qu'elles embrassent. Chaque anse ne comprend ainsi qu'une seule fois la muqueuse, et elle coupe les parties de dedans en dehors ; elle ne tiraille pas les tissus sains en fronçant la base de la tumeur, comme la ligature à anses ordinaire, et c'est un avantage qu'elle a sur elle.

2° *Ligature par la bouche combinée avec l'incision.* (Procédé de Lisfranc.) — Voici comment Lisfranc a exécuté ce procédé :

« Le malade assis sur une chaise, la tête un peu penchée en avant et bien assujettie, un bistouri droit fut porté sur la partie inférieure de la langue, à l'endroit où elle cessait d'être adhérente aux parties sous-jacentes. L'instrument traversa l'organe de bas en haut et d'avant en arrière, de façon que sa pointe alla sortir vers l'épiglotte, où se terminait la lésion. On fit une section d'arrière en avant pour séparer la partie affectée des tissus qu'on voulait ménager. Ensuite on introduisit la tumeur dans l'anse de la ligature qui devait en étreindre la base ; puis on saisit le cancer avec une pince de Museux, et l'on exerça des tractions d'avant en arrière pour faciliter la manœuvre. L'opérateur, portant ses doigts derrière la partie la plus reculée de la tumeur, exerça une constriction suffisante à l'aide du treuil de Mayor. Ce procédé qui réussit pourra recevoir des applications. » (Voyez *Revue médicale*, 1827, t. II, p. 69.)

M. Mayor a également réussi par la ligature en masse.

3° *Ligature sous-mentale combinée avec l'incision.* (Procédé de M. J. Cloquet.) — Dans un cas où la tumeur occupait une des moitiés latérales de la langue, et s'étendait jusqu'à l'épiglotte, M. Cloquet eut l'idée de pénétrer par la région sus-hyoïdienne pour passer à travers la base de la langue une double ligature, dont l'une servit à circonscrire la tumeur en arrière, et l'autre à compléter sur la ligne médiane l'isolement de la tumeur déjà très avancé par le bistouri.

Voici l'observation de M. Cloquet :

« Au moment où le docteur Mayor de Lausanne fréquentait les hôpitaux de Paris, en s'efforçant de faire voir le parti que l'on pourrait tirer des ligatures en masse dans une foule d'opérations majeures ; il vint à la Clinique un malade qui parut précisément ne pouvoir être que difficilement guéri d'une autre manière.

» Cet homme, âgé de cinquante et un ans, avait été attaqué de syphilis à plusieurs reprises. Un ulcère fongueux, à bords renversés et durs, dont rien n'avait pu entraver la marche, occupait le côté droit de la langue jusqu'auprès de sa base, et semblait avoir très profondément désorganisé cette partie ; c'est dans cet état que Gervais fut admis à l'hôpital de perfectionnement, le 1er mars.

» L'ulcère laissait alors s'écouler une grande quantité de sanie dégoûtante. M. Cloquet le présenta, le 2, à l'assemblée des professeurs de l'Ecole de médecine, qui pensèrent que l'amputation était applicable.

» L'opération fut pratiquée le 6.

» Le malade étant assis, et ayant la tête légèrement renversée en arrière, une plaie d'un pouce d'étendue environ, et parallèle à l'axe du corps, fut d'abord pratiquée sous le menton, immédiatement au-dessus de l'os hyoïde ; puis une double ligature en ruban, formée de quatre brins de fils, fut conduite par cette ouverture dans la bouche, en traversant la base de la langue à l'aide d'une aiguille courbe à manche et percée près de la pointe. Alors M. Cloquet divisa la langue en deux partie égales, d'avant en arrière, et après avoir placé l'un des fils entre la base de ces deux lambeaux, il le renversa en dehors et en arrière du côté malade, pour le ramener à l'extérieur, avec le même instrument, par l'ouverture qui lui avait

primitivement donné passage. L'autre ligature, séparée de la première et renversée en avant, fut aussi ramenée à l'extérieur par l'ouverture sus-hyoïdienne; enfin, à l'aide de deux serre-nœuds semblables à celui de Deschamps pour les artères, mais beaucoup plus longs, toutes les parties comprises dans l'une des ligatures, c'est-à-dire tout un côté de la langue, furent étranglées, et le malade est reconduit dans son lit. Saignée, orge, miel, gargarismes détersifs, trois lavements le soir; ce sujet très fort, très vigoureux, et qui avait d'ailleurs supporté l'opération avec un courage remarquable, ne respire que difficilement.

» Le 7, le 8 et le 9, la difficulté de respirer augmente : il semble que la bouche, trop fortement remplie, ne permette pas à l'air de pénétrer dans le larynx. Tous les symptômes de l'asphyxie ne tardent pas à se manifester, et la mort a lieu du 9 au 10 mars.

» *Nécropsie.* — Le 11, la tuméfaction de la langue est moins considérable qu'on aurait pu le croire avant la mort; la partie malade avait été convenablement saisie; mais le larynx, la trachée et même les bronches étaient remplis de mucosités sanguines et purulentes noirâtres, en sorte que cet homme est évidemment mort asphyxié et comme empoisonné par cette substance qui répandait une odeur âcre et vraiment infecte; les ganglions lymphatiques du cou étaient en suppuration; les autres organes n'offraient pas de traces de lésions. » (*Archives*, t. XIV, p. 511.)

M. Arnolt a suivi à peu près ce procédé, sauf qu'il n'a pas incisé la langue. (Voyez *Archives*, t. VIII, p. 103. 1840.)

Après avoir exposé les méthodes, il convient de les comparer; et ce parallèle, nous l'emprunterons à M. Maisonneuve :

« L'excision est plus brillante, plus prompte, moins douloureuse, mais elle expose à un accident redoutable, l'hémorrhagie, et exige l'emploi de moyens hémostatiques dont l'application offre parfois des inconvénients sérieux. D'une autre part, si la ligature effraie moins le malade, si elle met à l'abri des accidents hémorrhagiques, elle est peut-être moins sûre dans son action; elle donne lieu parfois à des accidents d'étranglement ou d'inflammation violente. Elle expose surtout le malade à l'empoisonnement putride par suite de la décomposition de la tumeur et l'ingestion involontaire de sanie putréfiée qui en résulte. J'ai vu, dans un cas de ce genre, survenir par le fait de cette sorte d'empoisonnement, chez un homme sain d'ailleurs, des escarres de gangrène humide sur divers points du corps, et le malade succomber à ces accidents. » (Maisonneuve, *loc. cit.*, p. 172.)

Quelle est l'influence de la destruction plus ou moins complète de la langue sur les fonctions de cet organe? Lorsqu'une des parties latérales a pu être préservée, la phonation et la déglutition s'exécutent assez bien; mais si l'ablation a été complète, la phonation est à peu près abolie. Cependant, à l'aide de certains corps étrangers placés dans la bouche, on a pu rétablir, à un point quelquefois étonnant, l'articulation des mots. Louis a rassemblé plusieurs de ces faits curieux dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

ARTICLE XX.

Bégaiement.

Nous terminerons l'histoire des maladies de la langue par celle du bégaiement. Nous n'avons pas voulu rompre les rapports pratiques qui lient entre elles les autres lésions du même organe. Celle-ci, qui est une lésion complexe, mais essentiellement nerveuse, devait se décrire à part et trouvait naturellement sa place ici.

Bégaiement vient, suivant Huet, du latin barbare *bigare*, répéter. Il est des auteurs qui le font dériver de βαττολογειν, parler comme Battos, un des rois Cynériens qui était bègue. Nous ne voyons, nous, d'analogie entre le mot grec et le mot français que leur lettre initiale qui est la même.

Quoi qu'il en soit, le bégaiement est une névrose de l'appareil vocal, caractérisée par la répétition saccadée d'un plus ou moins grand nombre de syllabes, ou la suspension pénible et momentanée de la voix devant certaines consonnes plus rebelles que les autres.

Causes du bégaiement. — S'il est vrai que les affections nerveuses soient plus

que les autres susceptibles d'être transmises héréditairement, le bégaiement rentre, sous ce rapport, dans cette catégorie, à tel point que les deux cinquièmes des personnes traitées de cette infirmité par M. Colombat n'accusaient pas d'autre cause que l'hérédité. L'auteur que nous venons de citer a vu un remarquable exemple de cette influence.

« En 1831, nous avons donné nos soins à un jeune homme de vingt-cinq ans, nommé Joseph Bard, qui était affecté d'un bégaiement très pénible, et dont la mère, également bègue, a cinq autres fils ayant la même infirmité, et un sixième qui est sourd-muet de naissance. » (Colombat, de l'Isère, *Traité du bégaiement*, p. 288.)

En 1837, M. Carron du Villards adressa à M. Colombat un jeune bègue de Dublin, dont le père, trois frères et quatre sœurs étaient également bègues. M. Astié (*Thèse inaugurale*, Montpellier, 1723) parle d'une famille où le père, la mère, les frères, les sœurs, sont tous extrêmement bègues. Il est très curieux, dit-il, de voir tout le ménage réuni, et d'entendre ce singulier concert de bégaiement. M. Colombat a observé un cas aussi curieux, en ce sens que dans une famille, père, mère, frères, sœurs, étaient en même temps affectés de bredouillement, de jactacisme, de lambucisme et de zézayement.

M. Colombat, de l'Isère, énonce sur l'hérédité du bégaiement en particulier, et des autres maladies en général, des faits et des considérations que nous allons reproduire.

« Enfin nous ajouterons que si, parmi les personnes que nous avons traitées, le plus grand nombre n'avait pas leur père ou leur mère affligés de bégaiement, cette infirmité s'était fait remarquer, d'après ce que plusieurs nous ont dit, soit chez leur aïeul ou bisaïeul, soit chez un ascendant plus éloigné ou tout autre parent paternel ou maternel, en ligne directe ou collatérale. On voit par là que, lorsque la filiation d'hérédité pathologique ou physiologique se trouve séparée par un intervalle plus ou moins long, il en est de cette hérédité comme des ressemblances de famille qui peuvent être interrompues pendant une ou plusieurs générations, mais qui ordinairement reparaissent tôt ou tard dans toute leur spécialité et leur activité primitives.

» Quoique les lois d'hérédité physiologique qui régissent tous les êtres organisés soient couvertes d'un voile qu'on ne pourra jamais soulever qu'imparfaitement, il nous semble qu'on ne saurait en nier l'existence si l'on admet l'empreinte héréditaire dans la forme et la structure des organes. En effet, lorsqu'un enfant répète souvent avec fidélité toute la physionomie de son père ou de sa mère, pourquoi ne serait-il pas possible que, dans son organisation intime, il existât un cachet d'une aussi parfaite ressemblance. Les protestations de la nature en faveur de cette vérité nous semblent trop nombreuses et trop concluantes pour qu'on puisse en nier l'évidence. Le génie même serait trop faible pour lutter contre la puissance des faits.

» Nous terminerons en disant que nous avons cru remarquer que les vices héréditaires de la parole arrivaient un peu plus difficilement à une guérison complète et radicale; cela tient sans doute à ce que l'organisme, modifié dans ses éléments primitifs, offre toujours plus de résistance aux agents qui peuvent le ramener dans ces éléments constitutifs. La seule indication particulière à remplir dans ce cas est l'observation encore plus rigoureuse et plus persévérante des moyens thérapeutiques ; car la prédisposition en quelque sorte naturelle à certains individus et à certaines familles les expose plus que les autres aux récidives et aux rechutes plus ou moins complètes. Nous devons dire cependant que nous avons obtenu un grand nombre de guérisons de bégaiement héréditaire, quoique les personnes qui en étaient affligées n'aient pas fait plus d'efforts que les autres pour obtenir une cure complète et durable. » (Colombat, *Traité du bégaiement*. p. 288.)

Tempérament. — Bien qu'on ait exagéré ici l'influence du tempérament nerveux, M. Alfred Becquerel a raison de dire qu'on ne saurait la nier.

Age. — Les auteurs sont d'accord sur ce point, que c'est dans le jeune âge que le bégaiement se montre avec la plus grande fréquence, et qu'il disparaît ou tend à disparaître à mesure qu'on s'éloigne

des premières périodes de la vie. Il est rare que cette affection nerveuse débute après l'âge de quinze ans. Nous ne voulons pas dire que le bégaiement commence avec la parole.

» Les enfants, ainsi que les vieillards, ne bégaient pas. Chez eux, comme chez ces derniers, l'énergie musculaire est faible, et la difficulté qu'ils ont de respirer n'est autre chose que le balbutiement enfantin; c'est donc mal à propos qu'on a regardé comme infirmité, un véritable bégaiement, la défectuosité de leur langage primitif. Lorsqu'ils doivent être bègues, ce n'est qu'à l'époque où ils parlent naturellement avec netteté, c'est-à-dire aux environs de quatre ou cinq ans, qu'on peut bien distinguer les répétitions vicieuses accompagnées d'un spasme vocal, qui caractérisent le bégaiement proprement dit. Cette infirmité se prononce davantage vers la septième ou huitième année, à cause de leur excessive timidité; depuis cette époque jusqu'à la puberté, où l'intelligence est plus développée, ce vice de la parole ne fait qu'augmenter. Les nouvelles idées qui, à cette époque, assiégent l'esprit, les nouveaux besoins qui se font sentir, le ridicule qui s'attache toujours aux personnes bègues, les obstacles qu'elles rencontrent dans leur éducation, les entraves qui les arrêtent dans la carrière qu'elles veulent parcourir, enfin une foule d'autres circonstances contribuent à augmenter alors le bégaiement, et donnent une direction particulière à l'esprit de ceux qui sont affligés de cette infirmité. » (Colombat, *Traité de tous les vices de la parole, et en particulier du bégaiement*, 3ᵉ édit., p. 265.)

Ce point a été très nettement traité par le docteur Becquerel :

« L'affection peut être congéniale; mais ce n'est que vers l'âge de deux ou trois ans, lorsque les enfants commencent à enchaîner leurs idées de manière à faire des phrases, qu'on s'aperçoit qu'ils bégaient et qu'ils répètent plusieurs fois la même syllabe ou les mêmes mots. Mais souvent le bégaiement est acquis, et on le voit se développer à la suite des causes différentes que nous allons examiner en particulier et de l'imitation. » (Becquerel, *Traité du bégaiement*, p. 56.)

Sexe. — L'influence du sexe est très frappante, et ce qu'il y a de singulier, c'est que c'est le sexe le plus nerveux qui est le moins sujet au bégaiement. La différence est telle que sur vingt bègues on compte à peine une ou deux femmes. Ce qu'il faut encore remarquer, c'est que chez elles le bégaiement consiste moins dans des répétitions désagréables que dans l'arrêt convulsif de la parole.

Le tempérament nerveux prédispose les hommes au bégaiement, et cependant la femme, qui offre en général ce tempérament à un plus haut degré, est bien moins souvent atteinte de cette affection. D'où vient cette apparente contradiction? De ce que la femme, ayant la parole beaucoup plus facile que l'homme, est naturellement plus éloignée que lui de la difficulté de parler.

J.-J. Rousseau a développé à sa manière cette supériorité que la femme a sur nous, et qui lui vaut le privilége d'être presque exempte du bégaiement.

« Les femmes ont la langue flexible; elles parlent plus tôt, plus aisément et plus agréablement que les hommes. La bouche et les yeux ont chez elles la même activité. Toujours occupées de plaire, observant avec la plus persévérante attention tout ce qui se passe autour d'elles, toujours habiles à profiter de leurs avantages, et réduites, d'après la nature de nos mœurs et de nos sociétés, à ne briller que par le chant, la danse et surtout la conversation, elles se livrent à ces exercices avec une vive ardeur et y excellent plus que les hommes. Tout le système nerveux est d'ailleurs plus développé chez elles; les impressions qu'elles reçoivent sont plus multipliées et plus vives, et dès lors elles ont un grand nombre de sensations, de mouvements intérieurs à faire connaître. Avides de pénétrer les secrets des hommes, de s'assurer de l'état de leur cœur, c'est la parole qui est pour elles l'instrument le plus utile et le plus indispensable à leur bonheur. »

L'*intelligence* ne paraît pas avoir d'influence marquée sur le développement du bégaiement.

L'*éducation*, suivant le docteur Colombat, de l'Isère, aurait des conséquences plus marquées, et les enfants du riche seraient, sous ce rapport, les moins favorisés.

Le soin de ceux qui les entourent à prévenir leurs désirs et à les deviner à demimot fait que ces petits êtres ne se donnent pas la peine d'articuler. Plus tard, en récitant mal des leçons qu'ils savent mal, ils sont plus facilement conduits à contracter le vice de parole. Les villageois et les pauvres reçoivent au moins là une compensation.

Imitation. — L'influence de l'imitation est ici très remarquable; les faits les plus curieux abondent pour le prouver.

Désormeaux a vu un homme de lettres fort distingué qui était devenu bègue dans sa jeunesse, parce qu'il s'était plu à parler comme un de ses amis, qui était bègue.

D'abord il se faisait un jeu de le contrefaire; mais plus tard il l'imitait involontairement, et ce n'est qu'à l'aide d'un travail assidu et de beaucoup de persévérance qu'il parvint à se défaire de cette habitude vicieuse qu'il avait acquise par sa faute.

« M. de Laville, officier de l'état-major, à qui nous avons donné quelques conseils, nous a assuré qu'il était devenu bègue parce que, étant au collége, il avait voulu imiter un de ses condisciples affecté de bégaiement, et qui, à cause de son infirmité, était dispensé de réciter aucune leçon. Il réussit si bien à contrefaire ce dernier qu'en peu de temps il ne put parler qu'avec une grande difficulté, ce qui l'exempta, comme son ami, des leçons pour lesquelles il avait tant de répugnance. Dans le principe, il n'était bègue que par paresse, mais plus tard il le devint par habitude, et ce n'est qu'avec beaucoup d'efforts qu'il a vu disparaître l'infirmité qu'il avait acquise si facilement par imitation. Il est bon de dire cependant que probablement M. de Laville avait une prédisposition au bégaiement, car son frère aîné, actuellement docteur en médecine, est légèrement affecté de ce vice de la parole.

» Le docteur Testrié rapporte, dans sa dissertation inaugurale, qu'un de ses amis, actuellement médecin et praticien distingué, s'avisa, à l'âge de dix-sept ans, d'imiter une personne bègue, si bien qu'il continua à bégayer malgré lui pendant plusieurs années. S'il est depuis longtemps parfaitement guéri, c'est le frère de l'illustre Pinel qui, ayant été son précepteur, parvint, à force de conseils et de soins bien dirigés, à lui rendre le libre exercice de la parole.

» Nous connaissons une dame de Paris qui a bredouillé pendant plusieurs années, parce que durant le séjour qu'elle fit dans sa jeunesse en Amérique, elle s'était plu à contrefaire une de ses amies qui parlait d'une manière très peu intelligible: ce n'est même qu'à son retour dans sa patrie que son infirmité a cessé entièrement. Les railleries fréquentes auxquelles elle était en butte, et peut-être un peu la coquetterie, le plus vif stimulant de son sexe, l'ont rendue capable des plus grands efforts et d'un travail opiniâtre. Aujourd'hui elle a dans toute son intégrité la faculté de parler, dont elle tire un très bon parti, car elle dit très distinctement de fort jolies choses. » (Colombat, *loc. cit.*, p. 277.)

Il y a cinq ans, M. Colombat traita un ouvrier tailleur qui lui dit n'être devenu bègue que parce que, dans l'intention de se faire exempter du service militaire, il avait cherché à imiter les personnes affectées de bégaiement; quelques mois d'habitude suffirent pour qu'il eût réellement l'infirmité qu'il ne voulait que simuler, et son stratagème lui réussit si bien qu'il fut réformé.

Tout le monde sait que c'est presque toujours l'imitation seule, et non une disposition particulière, qui fait que l'on prononce les mots dans chaque province d'une manière plus ou moins défectueuse et avec des accents plus ou moins désagréables. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que les hommes ont, en général, un penchant secret et souvent involontaire qui les porte à imiter toutes les actions dont ils sont témoins, et que nul de nos organes n'est plus porté à l'imitation que celui de la parole. Deux jeunes individus qui vivent ensemble finissent souvent par avoir le même accent et par parler à l'unisson; et, ce qui est encore plus extraordinaire, leur voix acquiert le même timbre à peu près. M. Colombat a connu un jeune homme qui, vivant avec un ventriloque, ne tarda pas à le devenir lui-même presque involontairement. Ne remarque-t-on pas chez tous les membres d'une famille, dans une classe de peuple de la même ville, le même vice de prononciation, comme on l'observe en par-

ticulier à Paris dans la classe du peuple; et même, enfin, chez presque tous les habitants de certains départements? Les uns grasseyent, les autres disent, comme les Gascons, B pour V, et *vice versâ*. Ceux-ci ne peuvent pas prononcer l'R, parce qu'ils ont eu la manie absurde d'imiter certaines gens de prétendu bon ton qui se donnent des défauts dont voudraient bien être débarrassés ceux qui en sont affligés réellement; ceux-là donnent au CH le son de l'S; enfin, chez certains individus, la plupart des vices de la parole résultant de l'imitation sont tellement enracinés qu'ils ne peuvent s'en défaire, et qu'ils n'ont que quelques mots à dire pour qu'on devine s'ils sont des bords de la Garonne ou de la Durance.

Saisons, température. — D'après M. Colombat, les changements brusques de température augmentent le bégaiement au point que les individus qui en sont affectés prédisent ces variations.

Pendant l'hiver et l'été le bégaiement est plus prononcé que dans le printemps et dans l'automne; il l'est également plus le matin que le soir, et voici comment M. Voisin explique (*Traité du bégaiement*, p. 4) ce dernier point :

Il dit : « que si le bégaiement est plus sensible le matin que dans le reste de la journée, cela tient à l'engourdissement dans lequel se trouve le système nerveux pendant tout le temps consacré au repos, engourdissement que partagent conséquemment tous les muscles de la vie de relation, qu'une volonté tiède et encore indéterminée n'anime pas assez puissamment. Le soir, au contraire, tous les phénomènes de la vie s'enchaînent avec plus de rapidité; les excitations continuelles reçues pendant la journée ont précipité les battements du cœur et augmenté la sensibilité générale; les fonctions de l'intelligence sont plus faciles, les déterminations plus promptes, la volonté plus ferme, et par cela même la prononciation paraît dégagée de ses entraves. »

Si les choses avaient lieu comme le pense M. Voisin, objecte M. Colombat, le bégaiement devrait diminuer le matin au lieu d'augmenter, puisque le bégaiement redouble par l'excitation la plus légère du système nerveux, et qu'il est constant que c'est le matin que l'intelligence est dans toute son activité.

Impressions morales. — Les moqueries, la présence d'une société nombreuse ou imposante, d'une personne devant qui le bègue tiendrait à bien parler, augmentent l'infirmité, comme tout ce qui donne de la timidité.

Les *excès* de travail, de veilles, de table, de plaisir, augmentent le bégaiement; c'est ce qui est surtout remarqué dans les courses forcées, dans les exercices violents.

En plaçant à côté des circonstances qui donnent le bégaiement celles qui l'augmentent, nous ne sommes pas sortis de l'étiologie; car, n'est-il pas évident qu'ici ce qui accroît l'infirmité peut contribuer à son développement?

Maintenant que nous avons passé en revue les causes occasionnelles du bégaiement, nous allons en examiner la cause prochaine, le mécanisme.

On a émis à ce sujet beaucoup d'opinions évidemment erronées; nous ne ferons que les énumérer. Est-il même besoin de rappeler celle de Delius qui attribuait le bégaiement à un palais double; celles qui en voyaient la cause dans une bifidité de la luette, dans une conformation particulière de l'os hyoïde, dans une disposition vicieuse des dents, etc.

L'explication de Rullier (art. *Bégaiement*, du *Dict. de médecine* en 21 vol.) est une des premières qui aient été proposées relativement à la cause du bégaiement. La voici :

« D'autres, au sentiment desquels nous nous rangeons, dit-il, font remonter plus haut la cause du bégaiement, et la placent, non dans les muscles vocaux, non dans les nerfs qui les animent, mais bien dans le cerveau lui-même. Les raisons qui appuient cette idée sont que, dans l'état physiologique ordinaire, les phénomènes de la voix et de la parole sont dans un rapport constant avec les différents degrés d'excitation cérébrale, et répondent toujours par leur précision et leur facilité à l'énergie des sentiments et à la clarté des idées. On sait, à ce sujet, que le trop et le trop peu d'excitation cérébrale ont sur notre langage une influence si marquée, que nos paroles seules jaillissent comme d'une

source féconde, ou se traînant avec lenteur et difficulté, attestent tout ce qu'elles coûtent de travail à l'intelligence. Or, ce que nous avons dit précédemment de l'influence analogue et si marquée des diverses affections de l'âme, excitantes ou sédatives, du centre nerveux cérébral, comme la crainte, la timidité, la confiance, la colère, l'impatience, etc., sur les phénomènes du bégaiement, prouve que ceux-ci découlent de la même source. et doivent se rapporter dès lors à quelques modifications de l'action du cerveau. Mais, en quoi consiste cette modification? Sans prétendre l'expliquer, voici peut-être la conjecture que l'on peut hasarder. Chez le bègue, l'irritation cérébrale qui suit la pensée et devient le principe propre à mettre en action les muscles nécessaires à l'expression orale des idées, jaillit avec une telle impétuosité et se reproduit avec une si grande vitesse, qu'elle passe la mesure de mobilité possible des agents de l'articulation. Dès lors ceux-ci, comme suffoqués par cette accumulation de la cause incitante ordinaire de leurs mouvements, tombent dans l'état d'immobilité spasmodique et de secousses convulsives qui caractérisent le bégaiement, et qui ont été déjà notées dans l'exposition des phénomènes de cette affection. D'après cette conjecture, l'hésitation de la langue ne serait alors qu'une débilité purement relative des organes de l'articulation, résultant du défaut de rapport établi entre l'exubérance des pensées, la vitesse concomitante d'irradiation cérébrale qui leur correspond, et la vitesse passible des mouvements successifs et variés, capable d'exprimer les idées par la parole. Nous ferons observer, du reste, comme pouvant servir à étayer l'hypothèse que nous présentons, que la plupart des bègues sont remarquables par la vivacité de leur esprit et la pétulance de leur caractère; qu'ils bégaient beaucoup moins, lorsque leur état de tranquillité morale rend la succession de leurs pensées moins impétueuse; qu'à mesure que l'âge avancé calme l'élan de leur imagination et mûrit leur esprit, ils cessent de bégayer; que le bégaiement diminue singulièrement ou même s'arrête tout à fait, lorsque le bègue, dispensé de frais d'esprit, fait un simple appel à sa mémoire, et que la fidélité de celle-ci le sert dans un discours qu'il récite, une chanson qu'il met sur un air, ou des vers qu'il déclame; que les soins continuels et particuliers que mettent les bègues à exercer les agents de l'articulation diminuent le bégaiement, en facilitant assez l'action de ces derniers pour mettre la vitesse de celle-ci en équilibre avec celle de l'irradiation cérébrale; que, si les passions véhémentes et explosives qui s'emparent des bègues font momentanément disparaître le bégaiement, cela tient à ce que la secousse vive et inaccoutumée qu'en reçoivent tous les muscles, et par conséquent ceux de la langue en particulier, les met alors en harmonie d'action avec l'état des affections de l'âme; que les femmes enfin, qui pensent vite, mais qui ont, en revanche, reçu de la nature une prononciation si facile et si déliée, qu'elles se montrent capables de la plus grande volubilité de paroles, ne bégaient, comme on sait, que fort rarement. »

Cette explication et cette théorie sont ingénieuses, mais rien que cela. La meilleure critique qu'on puisse en faire est celle qui a été présentée dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (article *Bégaiement*, par M. Magendie, t. IV, p. 63). Comme elle est d'une logique irrécusable, nous la rapportons textuellement.

« De bonne foi est-il possible d'entrer dans les conjectures de l'auteur, qui semble supposer que chez les bègues, la pensée est toujours rapide et les mouvements musculaires toujours trop lents? J'ai vu beaucoup de bègues, et j'en ai rencontré quelques uns où l'intelligence paraissait fort active; j'en ai vu d'autres où le temps ne manquait pas aux muscles de la parole pour exprimer les idées qui n'étaient rien moins qu'abondantes et rapides.

» D'ailleurs, que dire des bègues qui ne bégaient que dans les moments de calme? de ceux qui ne bégaient qu'en lisant? Que penser de ceux qui sont voisins de l'idiotisme? Le tort est ici, comme dans une multitude d'autres circonstances, de chercher à expliquer ce qui est inexplicable. Le bégaiement est évidemment une contraction des muscles de la parole; or, puisque en saine physiologie on ne peut donner aucune explication de cette con-

traction elle-même, comment tenter d'expliquer ses nuances?

» Prétendre rendre raison du bégaiement en disant que les muscles de la parole sont faibles, c'est faire un cercle vicieux. Comment sait-on que les muscles sont faibles? C'est sans doute parce que le bégaiement existe; or, l'explication arrive à dire qu'on bégaie parce qu'on bégaie! La plupart des explications médicales sont de ce genre. On remplace un mot par quelques autres qui ont la même signification, et l'on est convaincu qu'on a trouvé une explication. »

Pour achever d'exposer l'opinion de M. Magendie, qui regarde comme inutile de chercher la cause du bégaiement, nous terminerons par cette citation.

« Cet instinct, ou, si l'on veut, cette intelligence organique presque aussi admirable que l'intelligence même, établit la différence des hommes, sous le rapport de la précision et de la régularité des mouvements. Cet instinct fait l'homme adroit ou maladroit, celui qui danse en suivant ou en ne suivant pas la mesure, celui qui chante juste ou chante faux; il fait le grand artiste, le grand génie d'exécution. C'est lui qui donne la grâce ou la disgrâce, la physionomie ou le silence des traits; c'est lui qui préside aux innombrables mouvements nécessaires à la voix et à la parole; c'est donc cet instinct qui fait les bègues. On comprend maintenant combien il est inutile de chercher la cause du bégaiement, et combien sont illusoires toutes les explications qu'on veut en donner. »

Dans un remarquable travail sur le bégaiement, M. Voisin formule ainsi son opinion sur la théorie du bégaiement :

« Quelle est la cause du bégaiement? Les faits que j'ai cités et qui causent tant d'étonnement aux observateurs démontrent déjà que cette infirmité dépend de la réaction irrégulière, imparfaite, du cerveau sur le système musculaire des organes de la prononciation. »

Sans doute le bégaiement résulte d'une désharmonie entre l'appareil où se forme la pensée et celui qui doit la manifester par la parole; mais quelle est la cause de cette désharmonie? C'est là ce qu'il faut chercher.

Ainsi qu'on l'a fait remarquer fort à propos, l'explication présentée par M. Félix Voisin est soumise à toutes les objections que M. Magendie a opposées à celle de Rullier. Loin de nous dévoiler la cause du bégaiement, la théorie de Rullier revient encore à dire qu'on bégaie parce qu'on bégaie, ou parce que les muscles qui concourent à l'articulation des sons ne fonctionnent pas avec régularité. Or, comme toute contraction musculaire est sous l'influence du système cérébro-spinal, il est par trop évident que la cause en est placée dans les troubles de ce système. M. Voisin n'a donc fait ici que reculer la difficulté sans la résoudre.

Nous allons maintenant examiner une doctrine qui nous est venue de l'Amérique, en passant par la Belgique. Elle a fait d'abord beaucoup de bruit, sans doute en partie à cause du mystère dont on l'entourait.

M. Malbouche expose ainsi l'idée que lui avait communiquée madame Leigh :

« Les personnes qui parlent facilement ont la langue constamment appliquée à la voûte palatine : les bègues, au contraire, ont la langue constamment placée dans la partie inférieure de la bouche. Les bègues ont deux mouvements à faire pour articuler, l'un pour élever la langue afin de fermer l'issue par laquelle sort le son élémentaire, et l'autre pour opérer la modification de ce même son. En cela ils ressemblent à un flûtiste qui jouerait de son instrument sans prendre la précaution de fermer les trous avec ses doigts. Il arriverait à chaque instant que le mouvement modificateur ne correspondrait pas avec l'émission du son élémentaire. De là avait été déduit un système d'exercice pour enseigner aux bègues à faire manœuvrer leur langue dans le haut du palais. »

Suivant M. Malbouche, il y a quatre espèces de bégaiement bien distinctes :

La première tient à l'imperfection des mouvements de la langue d'arrière en avant; les lettres qui exigent ce mouvement sont toutes sifflantes, S, C, X, Z.

Le deuxième genre de bégaiement, le plus fréquent et le plus grave, est celui qui tient à l'imperfection des mouvements d'avant en arrière; les lettres qui exigent ce mouvement sont B, C, D, F, H, J, K, P, Q, R, T, V. Celles de ces lettres qui

avaient été appelées labiales telles que B, P, F, V, exigent, il est vrai, un mouvement d'arrière moins prononcé.

Le troisième genre est celui qui se rapporte à l'imperfection des mouvements de bas en haut, ou plus simplement du haut; les lettres qui nécessitent ce mouvement sont L, M, N, R.

Le quatrième genre de bégaiement consiste dans la difficulté qu'éprouvent certains bègues à prononcer le P et le T.

Voici les objections que fait M. Becquerel à la théorie précédente :

« L'observation attentive de la parole à l'état normal et du bégaiement montre que tout ce que prétend M. Malbouche est totalement inexact. Les mouvements de la langue ne sont pas les seuls nécessaires pour sa production, et le rôle joué par les parois buccales n'est pas moins important que celui de cet organe. Or, il n'en parle nulle part. La classification de M. Malbouche de trois mouvements possibles de la langue n'est pas juste; ces mouvements ne sont ni aussi simples ni aussi bornés : il y a des mouvements latéraux, de rotation et bien d'autres qui ne sont pas moins utiles pour la parole, et qui ne sont pas moins gênés dans le bégaiement que ceux appelés par lui mouvements d'avant, d'arrière, de haut.

» L'analyse de la prononciation des lettres, que j'ai donnée d'après les physiologistes modernes, et en particulier d'après MM. Gerdy et Muller, infirme complétement la classification donnée par M. Malbouche, en 1° lettres qui exigent un mouvement d'arrière; 2° lettres qui exigent un mouvement d'avant, et 3° lettres qui exigent un mouvement de haut. Il est trop facile de s'en assurer en établissant la comparaison des deux classifications, pour qu'il soit même utile de discuter la question. Dirai-je encore, bien qu'il prétende le contraire, qu'avec sa théorie on ne peut expliquer les différences si nombreuses que présente le bégaiement chez une même personne. Pourquoi tel individu bégaie-t-il un instant, et point dans un autre? Comment se rendre compte de tout cela avec l'imperfection de tels ou tels mouvements de la langue? Comment peut-on comprendre qu'à un instant les mouvements soient imparfaits, tandis que quelques moments après ils s'exécuteront normalement?

» Je ne veux point pousser plus loin cette discussion; je la terminerai en disant : L'explication du bégaiement donnée par M. Malbouche est basée sur une observation erronée ou tout au moins incomplète et exceptionnelle, elle n'est point physiologique, enfin elle ne mérite sous aucun rapport la réputation dont elle a joui. » (Becquerel, *Traité du bégaiement*, p. 85.)

Voici comment s'exprime M. Colombat sur cette question.

« Le bégaiement, est selon nous, une modification particulière des contractions des muscles de l'appareil vocal; c'est une affection essentiellement nerveuse, qui est le résultat d'un manque d'harmonie entre l'innervation et la myotilité, ou pour parler plus clairement, entre l'influx nerveux qui suit la pensée et les mouvements musculaires au moyen desquels on peut l'exprimer par la parole. De ce manque de rapport et d'harmonie d'action, qui doit exister pour que les mouvements soient réguliers entre l'excitation nerveuse et les contractions musculaires, résulte un désordre qui augmente avec les efforts que l'on fait pour le faire cesser, et donne naissance à cette sorte d'état tétanique et convulsif qui constitue le bégaiement. Mais si par une idée accessoire ou par un rhythme quelconque, on régularise ou l'on modifie l'excitation et l'irradiation cérébrales; ou si, plaçant les organes de la parole dans des conditions plus favorables, on leur imprime de nouveaux mouvements plus lents et plus réguliers, en leur faisant prendre une position tout à fait inverse à celle qu'ils occupent pendant le bégaiement, alors l'harmonie entre l'innervation et la contractilité se rétablit, l'ordre renaît, le spasme cesse et l'hésitation disparaît. » (Colombat, *loc. cit.*, p. 249.)

Ces idées de M. Colombat sont sans doute parfaitement justes, mais elles ne donnent pas la cause prochaine du bégaiement. Bell ne va pas plus loin en disant que le bégaiement est un défaut de la puissance de coordination de diverses actions des organes vocaux, et de ceux de l'articulation en particulier.

Muller partage complétement l'opinion d'Arnolt et de Schelters, qui as-

signent pour cause prochaine au bégaiement une affection spasmodique de la glotte, d'où résulte une occlusion momentanée de cette ouverture, soit par le rapprochement des cartilages aryténoïdes qui s'appliquent l'un contre l'autre, soit par la pression qu'exercent les muscles thyro-aryténoïdiens qui peuvent accoler les cordes vocales l'une à l'autre. Il faut, continue le célèbre physiologiste, il faut tenir pour certain que cette affection momentanée est une association pathologique de la voix à certains mouvements de la bouche, et en particulier de la langue, et qu'elle en dépend entièrement. Les parties de la bouche sont placées comme elles doivent l'être pour former le B; les lèvres peuvent s'ouvrir comme l'exige l'explosion de cette lettre, mais il manque le courant d'air venant de la glotte. (Muller, *Physiologie*, t. II, p. 247.)

Cette explication va plus loin que les précédentes, mais elle n'est pas encore complète.

M. Deleau (*Académie des sciences*, 1828) admet trois formes de bégaiement :

La première résulte d'un vice de prononciation contracté dès l'enfance; la seconde tient à une lésion organique, comme apoplexie, paralysie, etc.; la troisième renferme la plupart des bégaiements dont il donne l'étiologie suivante : La cause prochaine peut être placée, suivant lui, dans une volonté peu ferme, une action cérébrale incomplète, ou bien dans un afflux nerveux insuffisant pour diriger convenablement les organes qui servent à la production de la parole.

Nous verrons plus loin l'opinion de M. Serre d'Alais à l'occasion de sa méthode curative.

L'idée des anciens, qui avaient placé la cause du bégaiement dans un vice de conformation de la langue, des lèvres ou de la bouche, a été renouvelée souvent. Dans ces derniers temps, M. Hervez de Chégoin l'a reprise, surtout en ce qui concerne la langue. Cet habile médecin considère le bégaiement comme résultant d'un défaut de proportion entre la longueur de la langue et l'intervalle qui la sépare des parois de la bouche. Ces dernières pourront avoir diverses configurations, et cependant ne pas déterminer le bégaiement, pourvu que la langue atteigne la pointe avec laquelle son contact est nécessaire pour articuler des syllabes; tandis que la langue, d'ailleurs mieux conformée, pourra donner lieu au bégaiement, s'il lui manque seulement en dimension une ligne ou deux pour atteindre sans efforts les parois de la cavité buccale, ou bien si elle éprouve quelque obstacle à des changements de forme et de position aussi rapides que ceux qui sont indispensables à la prononciation régulière.

Il y a environ quinze ans que M. Hervez de Chégoin émettait ces idées. En 1841, Dieffenbach, parti d'un autre principe, plaça la cause du bégaiement dans le spasme des muscles de l'appareil phonétique, et avança que l'innervation de la langue y jouait un grand rôle.

Un peu plus tard, M. Amussat précisa davantage la lésion et le siége en disant que le bégaiement avait pour cause « le plus souvent le défaut de conformation ou l'excès de contraction des génioglosses, et que la langue était presque toujours raccourcie, rétractée ou mal conformée. » (Amussat, *Lettre à l'Académie des sciences*.)

M. Bonnet arrive aux conclusions suivantes :

« 1° Le bégaiement est un trouble fonctionnel local siégeant dans les organes de la parole, bien que les centres nerveux aient été primitivement affectés; 2° les mouvements, en apparence convulsifs des lèvres et des joues, ne constituent pas le phénomène essentiel, local, du bégaiement : ce ne sont que des phénomènes subordonnés à certaines difficultés dans les mouvements de la langue ou dans d'autres parties de la bouche. » (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 346.)

Plus loin, le même auteur ajoute :

« Ainsi donc en éliminant, comme je l'ai fait, les lésions du système nerveux et les mouvements spasmodiques des lèvres, des joues, les phénomènes élémentaires des vices de la parole que l'on confond sous le nom de bégaiement, sont : 1° la tendance de la langue, ou, en d'autres termes, la difficulté qu'elle éprouve à se porter en arrière et en haut; 2° les obstacles qui arrêtent l'expiration de l'air avant et au milieu des mots; 3° les inspirations que

font intempestivement les malades pendant qu'ils parlent, avant et au milieu des mots.

» Ces divers phénomènes peuvent exister indépendamment les uns des autres; ils peuvent coexister ensemble; mais les rapports qu'ils ont entre eux me paraissent être simplement des rapports de coexistence, jamais des rapports de causalité.

» J'ai vu la difficulté dans l'expiration coïncider avec la difficulté dans les mouvements de la langue, cette dernière avec les inspirations intempestives; quelquefois ces trois ordres de phénomènes coexister les uns avec les autres, mais je n'ai pas vu que l'un d'eux entraînât nécessairement les autres; et, admettant qu'ils peuvent ainsi avoir une existence indépendante, je les considère comme les phénomènes essentiels du bégaiement qu'ils produisent, soit lorsqu'ils sont isolés, soit lorsqu'ils s'associent les uns aux autres de diverses manières. » (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 353.)

Terminons ce qui a rapport aux vues de M. Bonnet, en disant qu'il admet l'influence de l'expiration qui s'arrête, et de l'inspiration qui recommence au milieu des mots ou des syllabes. Nous reviendrons sur ce point.

Enfin nous arrivons à la théorie tout récemment imaginée par M. Jourdan, et exposée par M. Alfred Becquerel.

« J'ai démontré plus haut, en m'occupant de la physiologie de la voix et de la parole, le rôle très important joué par l'air dans leur formation. En voici le résumé:

» La respiration normale se compose d'un premier temps, l'inspiration; d'un deuxième, caractérisé par un petit repos; d'un troisième, constituant l'expiration. On peut constater l'existence de ces trois temps en examinant avec attention une personne qui dort. Pendant l'inspiration, il y a un courant d'air pénétrant dans les poumons; pendant l'expiration, le courant a lieu dans le sens contraire, et il sort une quantité d'air à peu près égale à celle qui était entrée, tout cela quelle que soit la quantité d'air contenue dans les poumons en raison de la capacité des bronches.

» Pour la production de la voix et de la parole, l'inspiration a lieu comme dans l'état normal; mais il n'en est pas de même de l'expiration; elle semble disparaître complétement et être remplacée par la parole. Cet air, au lieu d'être expiré simplement, sort beaucoup plus lentement, et il est presque tout employé à entrer lui-même en vibration en heurtant contre les cordes vocales ou à les faire vibrer elles-mêmes. Dans ce dernier cas, cet air n'entre pas moins aussi en vibration, mais le mouvement lui est alors communiqué par les cordes vocales. Quoi qu'il en soit, dans ces deux cas, il n'y a plus de courant d'air, mais des ondes sonores qui s'épanouissent en quelque sorte dans les cavités buccales et nasales, et ne sont pas appréciables pour les personnes qui examinent celui ou celle qui parle. Ces ondes sonores, trouvant ces cavités configurées d'une manière particulière pour chaque lettre, et cela par suite des contractions spéciales des muscles de l'articulation, sont modifiées alors par chacune de ces configurations particulières, et ce sont précisément ces modifications qui constituent l'articulation. Quelles sont ces modifications diverses au milieu desquelles les ondes sonores trouvent tantôt un cours large et une sortie facile, tantôt un obstacle déterminé par l'ascension de la langue contre les arcades dentaires ou par le rapprochement des lèvres, obstacle contre lequel elles viennent se briser, etc., etc.? Je ne les examinerai pas ici, car j'ai fait cette étude en m'occupant de la physiologie de la parole, et en particulier de la prononciation de chaque lettre. Je rappellerai, toutefois, que l'articulation n'est bonne que lorsqu'il n'existe aucun obstacle au libre jeu des muscles de la langue, des lèvres, etc., et c'est précisément ce qui a lieu lorsqu'il n'y a pas de courant d'air expiré simplement qui vienne troubler d'un côté la régularité des ondes sonores, et, d'un autre côté, s'opposer à la libre et facile contraction des muscles.

» Cette dernière considération nous conduit à présenter la cause du bégaiement.

» Le bégaiement est dû à ce que, dans la formation de la parole, il vient se mêler à cette dernière de l'air expiré en pure perte. Les parois thoraciques s'affaissent trop tôt pour expulser l'excès d'air qui vient d'être introduit par l'inspiration, et qui maintient la poitrine dilatée. Cet affaisse-

ment détermine la sortie d'une plus grande quantité d'air qu'il n'en faut pour la parole, et il en résulte un courant d'air expiré, sensible, qui, arrivant dans la cavité buccale en même temps que la langue, les lèvres et les parois buccales se contractent pour articuler, s'oppose à leur libre jeu, et détermine une difficulté dans la parole qui constitue le bégaiement.

» Comment et pourquoi ce courant d'air expiré trouble-t-il la parole qui est produite en même temps que lui ? Deux raisons peuvent l'expliquer : d'abord il dérange les ondes sonores qui résultent de la formation de la voix, et vont être modifiées par la configuration particulière que doit prendre la cavité buccale pour chaque lettre. Supposez que pour les lettres B, C, par exemple, il faille dans l'état normal un certain nombre d'ondes sonores qui arrivent dans la cavité buccale avec une longueur, une intensisé et une durée certaines. Il n'y a pas le moindre doute qu'elles n'aient exactement les mêmes qualités toutes les fois que cette même personne prononcera B, C. Faites arriver maintenant un courant d'air au milieu de ces ondes sonores ; il trouvera l'air en vibration (car les ondes sonores sont constituées par une série de mouvements de condensation et de dilatation alternatives des couches d'air), et tout sera changé, car on ne peut supposer que les choses se passent comme auparavant, et que le courant d'air intempestif, mêlé aux ondes sonores, ne modifie pas d'une manière quelconque la parole.

» Voici maintenant la deuxième cause de perturbation que ce courant d'air expiré apportera dans cet acte. Pour prendre dans l'état normal une configuration particulière pour une lettre (supposons le C, par exemple), les muscles de l'articulation ne sont pas gênés dans leur jeu, et ils ne trouvent dans la cavité buccale qu'un certain nombre de vibrations avec des qualités données, conditions qui se reproduisent toujours pour la même lettre ; elles constituent un obstacle physiologique, et ce sont précisément ces ondes sonores, ou, si l'on veut, l'action de ces muscles contre l'air en vibration qui produit la parole; mais augmentez cet obstacle, et c'est ce que produit le courant d'air expiré intempestivement, tout est dérangé, les muscles de l'articulation ne se contractent plus aussi facilement; ils sont gênés dans leur jeu, et de cette gêne résulte un obstacle de plus à la liberté de la parole. N'avons-nous pas vu que, pour la prononciation de certaines lettres, il y a un mouvement préliminaire par lequel l'air est renfermé dans la cavité buccale, qui s'ouvre ensuite pour le laisser échapper, ce qui détermine l'émission du son. Eh bien, augmentez la quantité d'air contenue dans la bouche pendant ce mouvement préliminaire, et c'est ce que doit faire infailliblement le courant d'air expiré intempestivement, la parole ne sera plus nette; car l'air en trop grande quantité échappera trop tôt, et les lettres seront prononcées d'une manière vicieuse ou même ne le seront plus. On comprend facilement qu'il doive en être ainsi, en raison de l'imperfection du mouvement buccal qui fait prononcer la lettre. Tout ce que je viens d'exposer est uniquement basé sur les lois de l'acoustique et l'examen de ce qui se passe dans les instruments à vent; aussi ne puis-je penser qu'on doive lui adresser des objections sérieuses. Je reviendrai, du reste, sur ce sujet en expliquant les diverses espèces de bégaiement.

» On voit, par ce que j'ai dit, que je place la cause première du bégaiement et son point de départ dans la perturbation du jeu des muscles thoraciques. Mais il n'en faut pas moins prendre en très sérieuse considération celui des muscles de l'articulation; car c'est sur eux que porte l'action de cette cause première; ce sont eux qu'elle trouble, et c'est ce trouble qui, extérieurement, paraît constituer toute la maladie. Voici, du reste, une preuve de plus que je puis ajouter à ce que j'ai dit. L'articulation de la voix ou la parole est entièrement sous l'influence de la volonté; donc s'ils avaient en eux-mêmes la cause de leur perturbation, le bégaiement pourrait toujours être sous l'influence de la volonté, et toujours guérir par sa seule influence; or cela n'est pas. Les muscles thoraciques de l'inspiration et de l'expiration, au contraire, sont mis en jeu par suite d'une espèce d'instinct qui fait qu'on respire sans y penser ; mais quand la volonté veut les diriger, elle le peut. Or, le

bégaiement est une maladie que la volonté seule est très loin de pouvoir toujours empêcher, mais qu'elle peut quelquefois maîtriser. On s'explique très bien qu'il puisse en être ainsi en plaçant la cause première dans les muscles thoraciques, et l'on peut alors comprendre l'influence si variable de la volonté sur cette malheureuse affection.

» Concluons de tout ceci que la cause première du bégaiement est plutôt dans le trouble du jeu des muscles thoraciques que dans celui des muscles de l'articulation, qui sont toujours, il est vrai, affectés consécutivement. Il consiste donc, comme je viens de le dire, dans la sortie d'air expiré simplement pendant que l'on parle. Cette cause, qui est réelle et qui ne pourra être mise en doute par le médecin qui aura examiné un bègue avec attention, explique tous les phénomènes du bégaiement. Par l'intensité du courant d'air expiré et par sa rapidité, on se rend compte de la difficulté plus ou moins grande de la parole, selon que les muscles de l'articulation sont plus ou moins gênés par cette sortie anormale des pertes d'air qui ont lieu chez les bègues quand ils parlent, et qui, signalées déjà par plusieurs auteurs, et en particulier par M. Magendie, étaient considérées jusqu'alors comme les conséquences du bégaiement et non comme sa cause. On explique aussi par cette cause les inspirations fréquentes que font les bègues qui ont besoin de remplacer tout l'air qu'ils ont perdu par ces expirations anormales. Il en est de même du sentiment de constriction que la plupart d'entre eux éprouvent dans les parois thoraciques lorsqu'ils veulent parler, et de l'arrêt de la parole qui a lieu quelquefois chez eux, parce qu'ils ne trouvent pas d'air pour continuer la phrase qu'ils ont commencée.

» Je me contente de présenter d'une manière rapide l'explication des phénomènes qui constituent le bégaiement ; j'y reviendrai longuement en traçant, dans le chapitre suivant, les caractères de cette affection. J'ajouterai seulement que cette cause est purement dynamique, et qu'elle a probablement son siége dans le système nerveux. C'est en raison de cela qu'on peut rendre compte des variétés infinies que présente le bégaiement, de ses intermittences, de l'influence des émotions morales et des facultés intellectuelles des personnes qui en sont affectées sur sa manifestation.

» Cette cause du bégaiement, c'est-à-dire la sortie simultanée d'air expiré simplement et de la parole, m'a été indiquée par M. Jourdan ; c'est lui seul que je considère comme l'ayant découverte, et dans tous les auteurs que j'ai consultés pour rédiger ce traité, je n'ai trouvé nulle part une indication analogue. Voici, du reste, le premier jour où je l'ai vu, la manière dont il m'a donné l'indication de cette cause. « Le bégaiement est dû à ce qu'on use en souffle et non en son l'air qu'on a dans la poitrine. » Voici sa phrase, Il l'accompagne de commentaires pour développer son opinion. Il y ajoute, de plus, une autre circonstance qu'il regardait comme cause, et que je considère plutôt comme effet ; je la décrirai surtout en m'occupant des caractères du bégaiement. Cette circonstance, c'est la position de la langue. Selon lui, cet organe a une continuelle tendance à se porter en avant, à venir se placer entre les dents, et même à être projeté hors de la bouche ; on dirait qu'elle est trop longue, ce qui toutefois n'est pas réel. A mon avis, ce n'est point là une des causes primitives du bégaiement, mais un des effets de la sortie intempestive de l'air. Je me contente de la signaler, parce que j'y attache infiniment moins d'importance que M. Jourdan. » (Becquerel, *Traité du bégaiement*, p. 48.)

M. Colombat divise le bégaiement en deux classes principales. La première, qui consiste dans une sorte de *chorée* des lèvres et dans la succession plus ou moins rapide des mouvements, ou *convulsions choréiques* de la langue, de la mâchoire inférieure et de tous les muscles de l'articulation, a reçu de l'auteur la dénomination de *labio-choréique*. Cette classe de bégaiement, qui donne naissance principalement aux répétitions *bbb*, *ttt*, *ddd*, *qqq*, *mmm*, offre quatre variétés.

La seconde classe, que M. Colombat appelle *gutturo-tétanique*, est caractérisée par une espèce de *roideur tétanique*, ou *spasme tonique* de tous les muscles de respiration, et principalement de ceux du larynx, du pharynx et de la base de la

langue. Ici le vice de la prononciation porte surtout sur les consonnes gutturales C et G durs, K, Q, et sur les voyelles ou les lettres glottales A, E, I, O, U, OU, AN, ON, IN, EN; il s'accompagne toujours d'efforts pénibles pour articuler, et se distingue particulièrement par une inspiration anticipée, par quelques intervalles de silence, par l'immobilité de la langue, par le renversement de la glotte, par un sentiment de pression sur la paroi antérieure de la poitrine; enfin par une espèce de suffocation momentanée.

Ce qui distingue encore, suivant M. Colombat, le *bégaiement gutturo-tétanique* du bégaiement labio-choréique, c'est que les personnes chez lesquelles ce dernier genre *prédomine*, sont plus vives, plus nerveuses, et parlent *ordinairement très vite et sans paraître faire aucun effort pour articuler;* au contraire, dans l'espèce *gutturo-tétanique*, les bègues *parlent lentement*, *sans chercher à se presser*, *mais en faisant toujours des efforts plus ou moins grands* pour articuler les syllabes rebelles. » (Colombat, *loc. cit.*, p. 307.)

La première classe, dite *labio-choréique* dans laquelle l'expiration saccadée coïncide avec des mouvements convulsifs *cloniques* qui portent principalement sur les lèvres et sur la langue, présente quatre variétés : 1° le bégaiement labio-choréique *loquace*, ou avec bredouillement; 2° le bégaiement difforme; 3° *l'aphone* ou bégaiement des femmes; 4° le bégaiement *lingual*.

La seconde classe ou bégaiement *gutturo-tétanique*, qui est surtout caractérisée par une inspiration anticipée et une sorte de *spasme tonique* de la gorge et des muscles de la respiration, compte six variétés : 1° le bégaiement gutturo-tétanique *muet;* 2° *l'intermittent;* 3° le choréiforme; 4° le *canin;* 5° l'épileptiforme; 6° le bégaiement gutturo-tétanique avec balbutiement.

Première classe. — Bégaiement labio-choréique. — *Première variété.* — *Bégaiement loquace ou bredouillement.* — Les personnes qui en sont affectées sont remarquables par la vivacité de leur esprit, leur pétulance, leur loquacité, et surtout par la promptitude avec laquelle elles veulent parler; elles ne sont jamais arrêtées par aucun moment de silence, quoiqu'elles bégaient sur presque toutes les syllabes. Ce bégaiement, qui se complique presque toujours de bredouillement, est une des variétés les plus communes et les plus sujettes à la récidive.

Deuxième variété. — *Bégaiement labio-choréique difforme.* — Cette variété est caractérisée par des grimacements, des mouvements convulsifs de la face, des paupières, du front, des sourcils, du nez, des lèvres, etc., sans efforts de la *gorge*, et *surtout sans contraction des muscles de la poitrine*, mais il est suivi des répétitions *gggg*, *tttt*, *mmmm*. Cette variété de bégaiement a quelques moments d'intermittence, tandis que la précédente n'en a pas; elle est aussi plus facile à guérir et moins sujette à récidiver.

Troisième variété. — *Bégaiement labio-choréique*, *aphone ou des femmes.* — Ce qui frappe ici, ce sont les mouvements convulsifs de la langue, des lèvres et de la mâchoire inférieure, mais qui se font sans bruit et sans qu'on entende les répétitions *bbbb*, *pppp*, *gggg*, qui distinguent le bégaiement labio-choréique proprement dit.

Cette variété se rencontre surtout chez les femmes, qui ayant plus d'intérêt à ne pas faire de répétitions désagréables, savent s'opposer à leur émission.

Quatrième variété. — *Bégaiement labio-choréique lingual ou zézaiement.* — Cette variété se reconnaît à la sortie de la langue qui franchit les arcades dentaires, et qui projette au loin la salive, en faisant des mouvements semblables à ceux qu'exécute la langue du chien qui lappe en buvant. Cette variété est une des plus rares, et se complique souvent d'un volume considérable de la langue.

Deuxième classe. — Bégaiement gutturo-tétanique. — *Première variété.* — *Bégaiement gutturo-tétanique muet.* — Ceux qui en sont affectés restent plus ou moins longtemps comme s'ils étaient muets, et quoique sans faire de grimace ni aucun effort pour parler, ne parviennent à articuler quelques mots privilégiés qu'après avoir fait plusieurs petites inspirations, bientôt suivies d'un bruit sourd. Cette variété est assez rare.

Deuxième variété. — *Bégaiement gutturo-tétanique intermittent.* — Ce qui se remarque ici c'est l'absence de ce vice de

la parole pendant des heures, des jours, et puis la manifestation quelquefois à un degré tel, que pendant quelques instants il est impossible de proférer un seul mot, et que le bègue fait seulement entendre un bruit sourd et saccadé analogue à celui qui résulterait d'une longue série d'E muets. Lorsque les sujets sont parvenus à articuler nettement un ou deux mots, ils peuvent parler quelquefois très longtemps sans hésitation et sans qu'on s'aperçoive de leur infirmité. Cette variété est assez fréquente; elle guérit facilement.

Troisième variété. — Bégaiement gutturo-tétanique choréiforme. — Ce qu'il y a ici de particulier, ce sont les mouvements convulsifs, l'espèce de chorée qui se manifestent dans la tête, les bras et les jambes. Ces mouvements désordonnés, tout à fait semblables à la danse de Saint-Guy, n'ont lieu que pendant l'articulation des mots, et disparaissent entièrement pendant le silence. Cette variété est une de celles qui paraissent et récidivent le plus facilement.

Quatrième variété. — Bégaiement gutturo-tétanique canin. — Cette variété, quelquefois extrêmement prononcée, est ainsi appelée, parce que pour articuler certaines syllabes les bègues font entendre les répétitions *ao*, *ao*, *aoooo*, *aooo*, qui imitent assez bien l'aboiement d'un chien de chasse. M. Colombat a présenté à MM. Flourens et Dulong un bègue de cette espèce.

Cinquième variété. — Bégaiement gutturo-tétanique épileptiforme. — Au moment où le sujet veut parler, des convulsions extrêmement fortes se déclarent, particulièrement dans les muscles de la poitrine, de l'abdomen, du col, des membres supérieurs et même dans les peauciers, en donnant lieu à des contorsions, à des spasmes choréiques et toniques, analogues à ceux qui caractérisent une attaque d'épilepsie. Les veines du cou se gonflent, la face s'injecte au point de devenir bleuâtre et même livide, la salive mêlée d'une écume blanchâtre s'échappe quelquefois avec abondance; la figure perd la noblesse de son expression, et les bègues n'obtiennent quelquefois de ces pénibles efforts que l'articulation d'une ou de deux syllabes, et ne font entendre qu'une espèce de grognement qui rappelle celui d'un porc qu'on égorge. Ce genre de bégaiement, quoique toujours porté au dernier degré, est souvent très vite et très facilement guéri. Il n'est pas commun.

Sixième variété. — Bégaiement gutturo-tétanique avec balbutiement. — Cette variété est presque incurable.

Ajoutons qu'il y a des variétés mixtes, elles-mêmes très nombreuses.

Voici la division admise par M. Malbouche dans le *Dictionnaire de la conversation* :

« Les consonnes se divisent en trois catégories : *s*, *ç* avec cédille, *x* et *z* veulent un mouvement en avant; *l*, *m*, *n*, *r*, demandent un mouvement en haut; *c*, *b*, *d*, *f*, *g*, *k*, *h*, *p*, *q*, *t*, *v*, exigent un mouvement en arrière et de rétraction. . . . . .

» Il suffirait d'admettre trois classes de lettres, et de les appeler lettres d'avant, lettres d'arrière, lettres d'en haut. L'explication serait facile; cette division indique les divers genres de bégaiement, et même les autres défauts de langue auxquels on ne donne pas ce nom. Les lettres d'avant peuvent donner lieu à deux défauts de langue. Ce sont : 1° le bégaiement avec difficulté de prononcer ces lettres: ce cas est ordinairement fort grave, et il est rare que la difficulté ne s'étende pas à toutes les autres; 2° le zézaiement qui ne vient que de la mauvaise habitude de porter beaucoup trop la langue en avant; on le guérit en apprenant à la rétracter. Les lettres de haut ne donnent lieu qu'à un genre de bégaiement qui est facile à guérir et très fréquent. Enfin, les lettres d'arrière servent à caractériser deux bégaiements qui se distinguent par cette circonstance, que l'un s'étend à toutes les lettres de cette série, et l'autre que dans les trois lettres qui exigent le mouvement de rétraction de la manière la plus marquée. Ces lettres sont *c*, *p*, *t*. »

M. Bonnet admet :

1° *Des bégaiements dépendant des mouvements vicieux de la langue.*

Dans la plupart des bégaiements, la langue a, dit-il, de la peine à s'élever contre la voûte palatine et à se porter en arrière; elle a au contraire de l'ardeur à se porter en avant et à faire saillie entre les dents.

Lorsque cette tendance est peu appa-

rente, on peut le constater en faisant prononcer la bouche ouverte quelques consonnes, comme *le*, *ne*, *de*, *te*.

Le plus grand nombre des bègues se trompent dans les mouvements qu'ils doivent exécuter pour faire sortir ces lettres; ils portent la pointe de la langue entre les incisives.

« Au plus faible degré de leur maladie, ils n'exécutent ce faux mouvement que sur *te;* à un degré plus fort sur *de;* et enfin dans les cas extrêmes sur *le*, *ne*, *de*, *te*. Cette tendance de la langue à se porter en avant dans l'articulation de ces dernières consonnes peut faire présumer que cet organe doit avoir de la peine à se retirer en arrière, quand l'articulation de certaines lettres, comme *m*, *b*, *p*, exige ce dernier mouvement. C'est ce que j'ai parfaitement constaté en étudiant chez les bègues l'articulation de ces labiales avec les précautions indiquées, en traitant de la méthode d'observation.

» J'admets donc comme un des éléments de la difficulté qu'on éprouve à parler dans le bégaiement, la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, et ce qui est à peu près la même chose, la difficulté qu'elle éprouve à se diriger en haut et en arrière. Cette tendance d'une part, et cette difficulté de l'autre, peuvent être attribuées à la rétraction du muscle génio-glosse, qui porte la langue en bas et en avant, et s'oppose au mouvement en haut et en arrière.

» C'est dans les cas où la langue éprouve ainsi de la difficulté à se porter en haut et en arrière, que les mêmes syllabes sont souvent répétées, et que l'on observe ces mouvements convulsifs de la face, ces répétitions des mêmes syllabes qui frappent d'abord lorsqu'on entend certains bègues. Mais, comme je l'ai prouvé plus haut, et comme le démontre encore mieux le succès qui suit dans ces cas la section du muscle génio-glosse, ces mouvements des lèvres et ces répétitions des mêmes syllabes ne sont que des phénomènes secondaires subordonnés à l'état vicieux de la langue. » (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 348.)

2° *Bégaiement dépendant de ce que l'expiration est brusquement interrompue au commencement ou au milieu des mots.* — C'est la forme *muette* de M. Colombat; nous n'y insisterons pas.

3° *Bégaiement dépendant d'un vice dans les inspirations.* — Suivant le chirurgien de Lyon, lorsque le bégaiement dépend du mode vicieux de l'inspiration, on voit les bègues faire, au milieu des mots, ou avant que les premières syllabes soient formées, de grandes inspirations semblables à celles qui précèdent les sanglots.

Pour ne pas embrouiller le sujet en entrant dans de trop longs développements à l'occasion des variétés, nous allons nous borner à en emprunter le résumé à M. Bonnet:

« On voit que parmi les classifications qu'on a données des bégaiements, il en est qui ne sont pas fondées sur l'observation, comme toutes celles qui ont pour point de départ cette supposition que les bègues hésitent seulement sur certains genres de consonnes et n'hésitent pas sur d'autres. L'observation ne confirme pas cette idée que des labiales, des linguales, des lettres dites de haut, ou des lettres dites de bas, peuvent être difficiles à articuler pendant que les autres sont aisément prononcées.

» L'accord inattendu que je montre entre les travaux de MM. Malbouche, Colombat, Serre d'Alais et Deleau, prouve qu'il existe deux variétés principales de bégaiement : 1° celle qui tient à certains mouvements convulsifs des lèvres et à la répétition des mêmes syllabes; 2° celle qui dépend des causes encore inconnues qui arrêtent brusquement l'expiration pendant l'exercice de la parole.

» Quand, par l'observation aidée des résultats si différents que me donnait, dans ces cas divers, la section du muscle génio-glosse, j'eus été conduit à une idée nette et assez complète de ces deux variétés fondamentales, je relus les divisions des auteurs que j'ai déjà citées plus haut et que j'avais parcourues plusieurs fois auparavant sans trouver la moindre liaison entre elles; ce ne fut pas sans étonnement que j'aperçus des rapports, je dirai presque de l'identité, entre les observations de ces auteurs comparées les unes aux autres et comparées aux miennes : incontestablement c'est la même variété de bégaiement qui a été désignée sous le nom de *labio-*

chorèique, par M. Colombat ; de *lingual* et *labial*, par M. Deleau, que M. Malbouche a définie, bégaiement avec doublement précipité des syllabes, et que M. Serre d'Alais a considérée comme une danse de Saint-Guy des muscles qui servent à l'articulation des mots. Sans doute aussi, c'est une même variété de bégaiement que le bégaiement gutturo-tétanique de M. Colombat, muet de M. Deleau, que celui qui, suivant M. Malbouche, consiste dans une impossibilité momentanée d'articuler et qui, suivant M. Serre d'Alais, dépend d'une roideur tétanique des muscles de la voix et de la respiration (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. I, p. 414).

» Tous ces auteurs ont observé les mêmes difficultés de la parole; tous ont été conduits aux mêmes divisions fondamentales, et s'il existe entre eux un désaccord apparent, c'est que dans un phénomène complexe qui se composait de plusieurs éléments, les uns ont surtout tenu compte de l'un de ces éléments, et les autres ont tenu compte d'un autre élément; mais la divergence qui résulte de ces interprétations diverses du phénomène principal disparaît quand on étudie leur description. Si, en parlant de la première variété, par exemple, l'un a tiré le nom qu'il lui imposait des mouvements convulsifs des lèvres, l'autre de la répétition des syllabes, un dernier, de l'idée qu'il se faisait sans doute que le siége principal de la difficulté résidait dans la langue, tous à peu près ont indiqué l'ensemble de ces symptômes dans leur description.

» C'est là que l'on retrouve l'accord qui existe entre eux, et que personne jusqu'ici n'avait soupçonné, les auteurs moins peut-être que les autres. Cet accord a une grande valeur scientifique, et il est la preuve incontestable de l'existence de deux variétés principales de bégaiement : l'une qui vient de la langue, l'autre des organes chargés de la respiration.

» Pour moi, si après ces auteurs j'ai pu jeter quelques lumières sur la question, c'est en distinguant, dans l'ensemble des phénomènes que l'on retrouve dans les variétés de bégaiement, ceux qui sont primitifs et ceux qui sont subordonnés, et en montrant que, dans la première variété, les mouvements convulsifs des lèvres sont une conséquence de la difficulté qu'éprouve la langue à se porter dans de certaines directions, et que, dans la seconde variété, le phénomène essentiel est l'arrêt de l'expiration.

» Enfin, j'ai indiqué les variétés qui résultent de troubles dans les inspirations, ce qui peut-être jette le plus de lumière sur la question, montre au milieu des contradictions apparentes des auteurs un accord qui, en prouvant l'utilité des travaux qui ont été faits jusqu'à présent sur les vices de la parole, donne plus de confiance aux succès de ceux qui peuvent être entrepris par la suite sur le même sujet.» (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 368.)

Nous aurons complétement représenté l'état de la science sur ce point quand nous aurons ajouté la classification du docteur A. Becquerel.

Le bégaiement est dû, selon lui, à la sortie simultanée de la parole et de l'air expiré simplement; cette perte d'air étant la conséquence d'une affection dynamique des muscles respirateurs, affection en vertu de laquelle l'expiration se produit rapidement, mais seulement quand on parle. D'après l'auteur, l'air expiré peut agir de deux manières sur le pharynx, la langue et la cavité buccale; de là deux espèces de bégaiement :

« La première est le bégaiement que j'appelle *ouvert*. Elle correspond à peu près au bégaiement d'arrière de M. Malbouche, à celui de la deuxième espèce de M. Serre d'Alais, et au bégaiement gutturo-tétanique de M. Colombat. Voici de quelle manière il se produit. La bouche est entr'ouverte dès que l'inspiration physiologique initiale de toute parole s'est faite, la poitrine s'affaisse trop rapidement et l'air est chassé par une expiration ; mais la parole ayant commencé à se produire en même temps, cette dernière n'est point normale en raison de l'air expiré en pure perte, qui gêne sa libre production ; les muscles du pharynx, de la langue et de la cavité buccale, obligés de lutter contre un obstacle nouveau (air expiré), entrent en contractions exagérées et anormales, ou si l'on veut en convulsions, et la parole n'en est que plus gênée. Mais il arrive un instant où le thorax est complétement af-

faissé, aucune parcelle d'air ne peut plus sortir des poumons, et il n'y a plus alors ni voix ni parole, ou bien il ne sort que des sons rauques et inarticulés. Le bègue, qui a commencé sa phrase, veut cependant la finir; il fait en conséquence des inspirations anormales, souvent bruyantes, pour remplacer l'air qui est sorti, et la poitrine se dilate de nouveau; mais cet air est bien vite chassé lui-même, et le bègue, de nouveau arrêté, recommence de nouvelles inspirations et s'exprime souvent avec plus de difficulté encore. La plupart du temps, avant de faire ces nouvelles inspirations, il contracte convulsivement les muscles thoraciques afin de faire sortir l'air qu'il sent lui-même manquer, et qui ne sort plus pour la formation du son et de la parole; il en résulte un sentiment de constriction de la poitrine, qui est un des caractères les plus saillants de cette espèce de bégaiement, et que ne manquent pas d'accuser les personnes qui en sont affectées.

» Résumons maintenant les caractères du bégaiement *ouvert*.

» *Bouche ouverte.* — Sortie facile d'air expiré en pure perte, en même temps que le son et la parole. Contraction convulsive des muscles thoraciques, pour faire sortir l'air qui manque; inspirations anormales pour remplacer l'air qui est sorti. Enfin, par suite de toutes ces causes, difficulté de parler, répétition fréquente des mêmes syllabes, sortie difficile d'autres, et souvent arrêt de la parole, quand la poitrine ne contient plus assez d'air pour qu'il en sorte pour la formation des sons.

» Dans cette espèce de bégaiement, la difficulté de parler porte, en général, sur la prononciation des voyelles et sur les lettres qui sont surtout prononcées par l'action du pharynx, *g*, *k*, *q*, *c* dur, etc.; cependant les autres consonnes sont quelquefois également émises très difficilement, et on le comprend facilement en raison de l'ouverture de la bouche et des contractions anormales que présentent les muscles des lèvres, de la langue et des parois buccales; contractions qui rendent difficile la position qu'ils doivent prendre pour la prononciation de ces mêmes consonnes. Et, du reste, il arrive souvent qu'elles ne peuvent plus du tout être prononcées, parce qu'il n'y a plus d'air, plus de son vocal, et que leur articulation, en supposant qu'elle eût lieu, se ferait en quelque sorte à vide.

» C'est dans cette espèce qu'on peut placer la plupart des bégaiements dits *muets*. Les malheureux qui en sont affectés font souvent, pendant longtemps, des efforts violents; et malgré cela aucun son n'est émis, ou bien il ne finit par sortir que des sons inarticulés, souvent incompréhensibles.

» Ce bégaiement est très pénible, en raison des contorsions et des grimaces de la face, des mouvements intempestifs de la langue, qui, comme les précédents, ne sont que l'effet et non pas la cause du vice de la parole, et surtout des violentes convulsions des muscles du thorax, dont les bègues ont, en général, beaucoup à souffrir. Il faut y ajouter une douleur, ou plutôt une sensation de fatigue et d'épuisement qu'ils accusent dans la région épigastrique, et qui est probablement la conséquence de ces mêmes convulsions thoraciques. On voit quelquefois, mais cela est rare, ces convulsions devenir si violentes, et leurs effets tellement énergiques, qu'il y a émission involontaire des matières fécales et des urines. Dans d'autres cas, en vertu d'une action synergique, on voit plusieurs muscles de la vie de relation entrer également en contractions, et de véritables mouvements épileptiformes, soit dans le tronc, soit dans les membres, se manifester pendant que le bègue parle. Ce sont là les bégaiements gutturo-tétaniques, choréiformes et épileptiformes de M. Colombat.

» Je crois avoir insisté assez longtemps sur cette première espèce de bégaiement pour l'avoir fait comprendre. Passons maintenant à la deuxième, qui est au moins aussi fréquente, et à laquelle on peut donner le nom de *bégaiement fermé;* il correspond à peu près au bégaiement d'avant et d'en haut de M. Malbouche, choréique de M. Serre d'Alais, et labiochoréique de M. Colombat. Voici quels sont ses caractères :

» Une fois l'inspiration physiologique initiale terminée, la bouche est fermée. La cause première du bégaiement est toujours la même que dans les cas précédents : c'est la sortie intempestive de l'air expiré

en même temps que la parole. Cet air trouve la bouche fermée, ou à peu près; il distend d'abord la cavité buccale, mais il tend à s'échapper, et il s'échappe en effet, en entr'ouvrant doucement les lèvres; celles-ci se referment pour se rouvrir, et ainsi de suite. Il en résulte cette espèce de tremblement des lèvres, si caractérisé chez beaucoup de bègues. Quelquefois, avant de s'ouvrir, les lèvres sont projetées en avant, et forment cet état qu'on remarque chez un grand nombre d'individus affectés de ce vice de la parole, et auquel on a donné le nom vulgaire de *cul-de-poule*. Dans cette espèce de bégaiement, on constate surtout la répétition fréquente d'une même syllabe avant de pouvoir passer à une autre; il y a, en général, plus de facilité à prononcer les voyelles, et, au contraire, une difficulté plus grande pour les consonnes, et en particulier pour certaines d'entre elles. Cela est dû à ce que les effets du bégaiement portent principalement sur la partie antérieure de la cavité buccale. Ainsi dans cette espèce la difficulté porte autant sur les consonnes, qui, pour être prononcées, commencent par une fermeture de la bouche et se terminent par son ouverture; de même que dans le bégaiement ouvert, l'air manque souvent dans la poitrine, et les contractions convulsives des muscles thoraciques prennent alors naissance. Toutefois cet accident y est moins fréquent et en général bien moins intense; cependant beaucoup de bègues qui en sont affectés s'en plaignent encore, ainsi que du sentiment de fatigue qui existe dans la région épigastrique. Lorsqu'un bégaiement de ce genre est porté un peu loin, et surtout lorsque l'air sort avec une certaine force de la cavité buccale, ce dernier entraîne avec lui une petite quantité de salive, qui est projetée au loin; on observe quelquefois aussi des inspirations anormales, destinées à remplacer l'air qui s'est échappé par les inspirations intempestives.

» Il arrive assez souvent que ces deux espèces de bégaiement se trouvent réunies chez le même individu; on peut alors facilement les reconnaître, en analysant avec soin la manière dont il parle. On peut donner à cette troisième espèce, ou plutôt à l'association de deux seules espèces de bégaiement, le nom de *mixte*. » (Becquerel, *Traité du bégaiement*, p. 70.)

M. Becquerel a supposé, dans cette description, le bégaiement net et bien caractérisé; mais il est loin d'en être toujours ainsi, et il n'y a peut-être pas de maladie qui présente de plus grandes différences, sous le rapport de l'intensité, depuis une difficulté légère, un embarras léger dans la parole, jusqu'à la forme la plus pénible du bégaiement, et l'impossibilité presque absolue de prononcer aucune syllabe. Toutefois, en examinant les bègues avec soin, dans les cas légers comme dans les cas intenses, on peut, en y faisant un peu d'attention, presque toujours démêler les phénomènes, distinguer à quelle espèce ils appartiennent et les classer. Ici M. Becquerel se contente de signaler les différences nombreuses que présente le vice de la parole, ne pensant pas qu'il pût être utile de les décrire plus longuement.

M. Becquerel vient d'établir deux espèces particulières de bégaiement: la première est surtout caractérisée (du moins pour ce qui frappe le plus le vulgaire) par une difficulté plus ou moins grande dans la prononciation, et moins souvent par une répétition fréquente, plus ou moins, des mêmes syllabes; la deuxième espèce se présente précisément avec des caractères contraires, c'est-à-dire répétition prolongée et fréquente des mêmes syllabes, et moins souvent, difficulté de prononcer. Déjà M. Becquerel a expliqué l'un de ces phénomènes, la difficulté d'articuler. Pour ce qui est du deuxième, la répétition fréquente, plus ou moins, d'une même syllabe avant de passer à une autre, il est plus difficile à comprendre, et M. Becquerel ne connaît aucun auteur qui ait même cherché à en donner l'explication. M. Becquerel propose celle qui suit:

Pour expliquer la répétition de la même syllabe un certain nombre de fois, on peut invoquer deux causes: La première est la difficulté qu'éprouve le bègue à articuler la syllabe suivante; il ne veut pas s'arrêter court, et plusieurs fois il répète cette même syllabe, pour donner en quelque sorte aux muscles et à la langue le temps d'articuler la syllabe ou la lettre qui est difficile pour lui. Le vice de la parole ne porte donc pas sur la syllabe ou le mot

répété plusieurs fois, mais bien sur la syllabe ou le mot suivant.

La deuxième est l'habitude. Si un bègue, en raison de la cause précédente, dans une circonstance donnée, et où les émotions morales le font parler avec plus de difficulté, répète la même syllabe plusieurs fois, il y aura tendance à la reproduction de cette même répétition dans une autre circonstance, l'intimité par exemple, dans laquelle il avait l'habitude, avant cette époque, de prononcer facilement cette même syllabe.

M. Becquerel a insisté sur l'influence de l'imitation sur la production du bégaiement. Il est de la plus haute importance de ne pas perdre de vue la remarque qu'il ajoute ici; la considération de l'habitude nous y conduit. Une personne qui se trouve très souvent avec un bègue et qui parle facilement, tend à l'imiter. Cette imitation, résultat d'une influence inconnue et bien singulière, ne peut, en général, déterminer l'affection dynamique des muscles thoraciques, cause du bégaiement, non plus qu'une certaine difficulté dans la prononciation. Elle conduit plutôt à la répétition fréquente plus ou moins d'une même syllabe. Cette personne en vient à répéter plusieurs fois, malgré elle, des mots qu'elle a entendu répéter, et de jour en jour le nombre de ces mots ou de ces syllabes augmentant, elle finit par présenter un vice de langage qui consiste dans la répétition plus ou moins fréquente d'un certain nombre de mots ou de syllabes; mais cette répétition n'est nullement pénible elle est même très facile ; toutes les parties de la bouche, la langue, sont dans leur état normal, il n'y a pas d'air expiré en pure perte; enfin, ce n'est point là un véritable bégaiement. C'est un vice de langage caractérisé par la répétition plus ou moins fréquente d'un certain nombre de syllabes, cependant articulées et prononcées d'une manière tout à fait normale. Un grand nombre de bégaiements, dits par imitation, sont des vices de langage analogues à celui que M. Becquerel a développé, et exigent des moyens de guérison particuliers; leur cure n'en est pas pour cela plus facile, mais elle exige d'autres moyens; et, tout en ne le considérant pas comme un véritable bégaiement, M. Becquerel fait cependant tous ses efforts pour indiquer les moyens qui peuvent faire disparaître ce vice de langage. Peut-être lui reprochera-t-on de ne point le faire rentrer dans cette classe; mais M. Becquerel regarde cela comme peu important, car il s'en occupe presque autant, et il préfère, au lieu d'en faire une troisième espèce de bégaiement, le désigner par une autre expression, un peu longue à la vérité, mais qui rend assez bien sa pensée; mais cette expression n'est que la définition même de ce vice de langage.

Après ce qui précède, ce serait se répéter que de donner la symptomatologie du bégaiement. Nous ne nous arrêterons que sur quelques uns de ses caractères les plus remarquables.

L'un de ceux qui nous ont le plus frappé c'est que certaines consonnes soient plus souvent et plus fortement bégayées devant telle voyelle que devant telle autre. Ainsi, la syllabe EO exige, en général, moins d'effort de la part des bègues que la syllabe EA, quoiqu'ils articulent plus facilement l'A isolé que l'O.

Les bègues arrivent quelquefois à la lettre ou au mot rebelle, comme par une sorte d'échelon, qui est souvent l'article. Arrêtés devant *canon*, *travail*, ils prononcent vite *le canon*, *le travail*.

Quant à la marche du bégaiement, passé trente ans il va diminuant et finit quelquefois par disparaître avec l'âge.

Diagnostic du bégaiement. — Rien de plus facile que le diagnostic du bégaiement. On ne confondra pas cette affection avec une difficulté de parler, que l'affaiblissement général, et en particulier celui de la mémoire, amène quelquefois chez les vieillards; ni avec l'altération de la parole ou le prodrome de certaines apoplexies, dans le cas de certaines affections cérébrales, etc. Le bredouillement, le grasseyement et le zézaiement, sont assez distincts pour permettre ici une erreur.

Les questions de diagnostic les plus importantes à résoudre sont les suivantes:

Le vice de la parole est-il ou non un symptôme d'une affection cérébrale ou une suite de cette dernière? C'est un point qu'on pourra décider en examinant avec soin les antécédents. On sait que certaines maladies cérébrales, qui n'ont pas été

mortelles, laissent après elles un embarras de parole qui peut exister seul ou être accompagné d'autres désordres de la motilité. Ce n'est pas là un véritable bégaiement, et la guérison ne peut être due qu'aux efforts de la nature. Les sujets ne peuvent chanter, et toutes les méthodes échoueront contre ce vice de langage.

A-t-on affaire à un vice de la parole dépendant d'un vice de conformation de la langue?

Alors le défaut de la prononciation n'est pas un véritable bégaiement, mais un simple embarras de l'articulation ; on n'observe point les convulsions des muscles respiratoires et phonateurs, sur lesquels nous avons plus d'une fois appelé l'attention. D'ailleurs un défaut de conformation de la langue s'apprécie à la vue dans l'examen attentif de cet organe.

Un dernier point à éclairer est celui de savoir si le bégaiement constitué par la répétition de certaines syllabes est venu par imitation chez une personne saine sous ce rapport et fréquentant un bègue. Dans ce cas, il n'y a ni mouvements convulsifs ni faute d'air ; c'est facile à reconnaître.

Pronostic du bégaiement. — M. Becquerel ayant bien traité ce point, nous lui emprunterons sa description.

« Il est évident, et je n'aurais même pas eu besoin de le dire, que le bégaiement est une affection qui ne compromet en aucune manière la santé et la vie des personnes qui en sont affectées. Quant à prévoir sa curabilité, c'est une chose bien difficile, qu'on ne peut souvent décider que par l'application d'une ou plusieurs méthodes de traitement, et qui exige, chez la personne qu'on veut guérir, la réunion d'un certain nombre de qualités morales dont j'aurai bientôt occasion de m'occuper. Je ne puis donc rien établir relativement à la curabilité ou l'incurabilité de cette affection ; je dirai seulement ici d'une manière générale, qu'il y a malheureusement quelques cas qui sont tout à fait incurables, et nous verrons plus loin lesquels.

» *De l'influence du bégaiement sur le moral des individus qui en sont affectés.* — Avant d'exposer les traitements divers qu'on a successivement conseillés contre le bégaiement, et celui que je regarde comme le plus convenable, je dois traiter cette question que je juge comme très importante, et qui est loin d'être indifférente pour la guérison de cette affection. Examinons-la avec soin.

» L'influence dont je veux parler est réelle, incontestable, et ne s'exerce pas toujours de la même manière. Voici, à cet égard, les principaux cas qui peuvent se présenter :

» Chez un certain nombre de sujets, dont l'intelligence est médiocrement développée et qui ne sont pas placés dans une sphère sociale un peu élevée, le bégaiement n'exerce aucune influence. De tels individus ne paraissent pas quelquefois même se douter qu'ils bégaient. Pour eux c'est une habitude tellement enracinée qu'ils se croient dans un état normal, et qu'ils ne peuvent s'imaginer qu'elle les fasse remarquer, car ils n'y pensent pas eux-mêmes. Si de tels individus sont des ouvriers, des artisans, ils exercent l'état qu'ils préfèrent, et ne s'inquiètent en aucune manière de leur difficulté de parler. S'ils sont plus élevés dans la société, ils choisissent une carrière dans laquelle ils n'aient pas besoin de parler : ils se font artistes, s'ils ont la vocation ; ils travaillent dans des bureaux, des administration, etc., etc., et mènent doucement leur vie.

» Chez d'autres individus, dont l'intelligence est vive, développée, et qui appartiennent à une classe plus élevée de la société, il n'en est plus de même, et surtout s'ils sont impressionnables, leur malheureuse affection exerce un influence fâcheuse et souvent déplorable sur toute leur vie. Au collége ils sont le jouet, la risée de leurs camarades, ce qui détermine quelquefois chez eux un changement dans le caractère. Ils deviennent sombres, taciturnes, mélancoliques. Ces enfants sont craintifs, timides ; ils craignent de parler, ils évitent de causer avec leurs camarades. Les maîtres les négligent, parce qu'ils ne peuvent répondre à leurs questions, et à moins d'une vive intelligence, et d'une grande aptitude au travail, ils ne font presque rien.

» Sortis du collége, de nouvelles difficultés se présentent : ils ont conservé une grande timidité, de la défiance d'eux-mêmes ; circonstances qui, loin de diminuer

leur difficuté de parler, tendent, au contraire, à l'augmenter; ils fuient la société, ou, s'ils y vont, ils évitent d'y parler. Le choix d'une carrière est une grave affaire pour eux et pour leurs parents, et pour peu que leur bégaiement soit un peu prononcé, ils sont obligés de renoncer aux carrières libérales, où ils auraient pu déployer leur intelligence, pour en embrasser une secondaire; ou bien ils vont cacher dans quelques bureaux leur malheureux vice de langage.

» Tous ne sont pas de même. Quelques bègues aussi vifs peut-être et aussi intelligents que ceux dont je viens de parler s'identifient tellement avec leur défaut, qu'ils finissent par l'oublier complétement. Il n'exerce alors aucune influence sur leur vie, sur leur caractère, leurs habitudes, et c'est tout au plus s'ils s'en aperçoivent lorsque quelques moqueries accueillent leurs paroles. Il est toutefois des circonstances dans leur vie qui sont pour eux un écueil, et où ils ont quelquefois d'amères déceptions par les échecs qu'ils éprouvent; mais une fois qu'ils ont atteint leur but, et que cette époque est passée, ils oublient plus que jamais leur vice de parole, à moins toutefois qu'il ne vienne mettre un obstacle à leur avancement dans la carrière qu'ils ont choisie ou à leur entrée dans une nouvelle. » (Becquerel, *Traité du bégaiement*, Paris, 1843, p. 80.)

Traitement du bégaiement. — Le moyen le plus anciennement connu est celui qui guérit Démosthène. Ce moyen ne consiste pas seulement comme on le croit généralement, dans des cailloux contenus dans la bouche pendant la déclamation; c'est ce que nous allons démontrer par la citation suivante :

« Plutarque dit que, la première fois que Démosthène parla devant le peuple, le bruit fut si grand qu'il ne put se faire écouter; on se moqua même de la singularité de son style, dans lequel la longueur des périodes jetait de l'obscurité, et qu'il avait surchargé d'enthymèmes jusqu'à la satiété. Il avait d'ailleurs la voix faible, *la prononciation pénible et la respiration si courte*, que la nécessité où il était de couper ses périodes pour reprendre haleine en rendait le sens difficile à saisir.

» Il renonça donc aux assemblées du peuple. Un jour qu'il se promenait sur le Pirée, triste et découragé, Eunomis de Thriasie, homme d'un âge fort avancé, le voyant dans cet état, le réprimanda vivement de ce qu'avec un talent pour la parole égal à celui de Périclès, il s'abandonnait ainsi lui-même par mollesse et par timidité; que faute de courage pour braver le tumulte de la populace et de force pour s'exercer aux combats de la tribune, il languissait dans l'inaction. Sifflé par le peuple une seconde fois, il se retirait chez lui la tête couverte, et vivement affecté de ses disgrâces, lorsqu'un comédien de ses amis, nommé Satyrus, qui l'avait suivi par derrière, entra avec lui dans sa maison. Démosthène se mit à déplorer son infortune : *Je suis*, disait-il, *de tous les orateurs celui qui se donne le plus de peine; j'ai presque épuisé mes forces pour me former à l'éloquence, et avec cela je ne puis me rendre agréable au peuple. Des matelots ignorants et crapuleux occupent la tribune et sont écoutés, et moi je suis rejeté avec mépris!* — *Vous avez raison, Démosthène*, lui répondit Satyrus, *mais j'aurai bientôt remédié à la cause de ce mépris, si vous voulez me réciter de mémoire quelques vers d'Euripide et de Sophocle.* Il le fit sur-le-champ. Satyrus, répétant après lui les mêmes vers, les prononça si bien et d'un ton si adapté à l'art et à la disposition du personnage, que Démosthène lui-même les trouva tout différents. Convaincu alors de la beauté et de la grâce que la déclamation donne au discours, il sentit que le talent de la composition est peu de chose et presque nul, si l'on néglige la prononciation et l'action convenable au sujet.

» Dès ce moment, il fit construire un cabinet souterrain qui subsistait encore de mon temps, dans lequel il allait tous les jours s'exercer à la déclamation et former sa voix; il y passait jusqu'à deux ou trois mois de suite, ayant la moitié de la tête rasée, afin que la honte de paraître en cet état l'empêchât de sortir, quelque envie qu'il en eût . . . .

» Démétrius de Phalère dit avoir appris de Démosthène, déjà vieux, tous les efforts qu'il avait faits pour réformer plusieurs défauts naturels auxquels il était sujet. Il avait un bégaiement de la langue et une difficulté de prononciation qu'il parvint à

corriger en remplissant sa bouche de petits cailloux, et prononçant ainsi plusieurs vers de suite. Il fortifia sa voix en montant d'une course rapide sur des lieux hauts et escarpés, pendant qu'il récitait sans perdre haleine de longs morceaux de poésie et de prose; il avait chez lui un grand miroir devant lequel il prononçait les discours qu'il avait composés. » (Colombat, *Traité de tous les vices de la parole, et en particulier du bégaiement*, 3e édit., p. 335.)

Il y a dans ce passage deux défauts distincts, un défaut de débit oratoire et un défaut de prononciation. Démosthène n'avait pas le ton de la chose qu'il disait et il était bègue. L'acteur Satyrus lui fit sentir le premier et l'aida à le faire disparaître; et lui-même se guérit du second avec les cailloux dans la bouche.

Ce qui semble avoir corrigé le bégaiement, ce sont d'abord les cailloux, de deux manières, d'abord en forçant la langue à des mouvements plus étendus, et qui devaient plus tard lui donner plus de liberté; ensuite les cailloux s'opposaient à la trop grande rapidité de la parole. La mesure exerçait aussi son influence favorable; il est même probable qu'elle a eu la plus grande part du succès. Nous verrons que la mesure est encore ce que nous connaissons de plus efficace.

Pour trouver une méthode un peu rationnelle, il faut arriver depuis Démosthène jusqu'à Itard.

Itard faisait soulever la langue contre le palais avec une fourchette à deux branches, en même temps qu'il obligeait le bègue à s'exprimer le plus possible dans une langue étrangère. Le seul avantage qu'offrait cette méthode, c'était de forcer la langue à se mouvoir lentement, par l'embarras mécanique qu'éprouvait la langue, et par l'effort de mémoire indispensable pour suppléer des mots encore peu connus. Cette dernière partie de la méthode ne doit pas être rejetée; on est même quelquefois encore obligé de recourir à la fourchette.

M. Cormack a proposé de contraindre le bègue, avant de parler, à exécuter une profonde inspiration, et à répéter ensuite successivement tous les sons qui entrent dans la composition d'un mot un à un, durant le temps de l'expiration. (*Observateur de Naples*, 1830.)

C'est encore ici de la mesure; nous verrons le même élément reparaître souvent sous différentes formes.

Voici comment procède M. Hervez de Chégoin, dont nous avons fait connaître plus haut la théorie :

« J'examine d'abord avec un soin minutieux la conformation de la langue, dans le lien qui la fixe à la paroi inférieure de la bouche. Je m'assure si la pointe peut exécuter avec facilité le mouvement de renversement sur sa face, et de combien la langue peut s'allonger au delà des arcades dentaires. Cet examen sert à fonder les espérances plus ou moins grandes de succès, et à reconnaître l'espèce de vice de conformation auquel il s'agit de remédier

» Si je juge que la cause du bégaiement a son siége dans le frein, j'en fais la section.

» Plus loin, quand la brièveté de la langue dépend du tissu charnu lui-même, on pense bien qu'il n'y a rien à retrancher, mais à ajouter, si cela est possible. Je n'ai point encore d'expérience fondée à cet égard; mais le raisonnement fondé sur ce qui précède m'a conduit à penser qu'un corps étranger, une lame d'argent par exemple, qui doublerait les arcades dentaires, et les rapprocherait ainsi de la langue, qu'on ne peut point allonger, aurait un résultat avantageux par la prononciation de quelques syllabes. Je dis quelques syllabes, parce qu'il en est qui se forment par les mouvements de la langue en arrière, lesquels mouvements sont aussi empêchés par son vice de conformation.

» Dans tous les cas, après la section du filet, il faut que les bègues s'étudient longtemps et souvent à prononcer lentement et distinctement toutes les syllabes, en affectant de répéter celles qui les ont arrêtés. En un mot, ils doivent commencer par prononcer séparément chaque syllabe; mais comme la difficulté ne paraît que quand il faut les lier, c'est à cette jonction surtout qu'ils doivent s'appliquer, en forçant les mouvements de la langue, afin qu'en faisant avec effort plus qu'il ne faut, elle arrive à se mouvoir convenablement sans aucun travail. » (Hervez, *Journal général de médecine*, Paris, 1830, t. III, p. 206 et suiv.)

M. Hervez de Chégoin s'est occupé d'autres choses que des dimensions de la

langue, et la gymnastique linguale qu'il conseille est excellente. Quant à l'intervention de la médecine opératoire, elle a été singulièrement étendue depuis la publication de l'habile praticien que nous venons de citer. Ce sont les nouveaux faits qui se sont produits alors et les enseignements qu'ils donnent que nous allons exposer.

La myotomie venait de réussir contre le strabisme. Dieffenbach, en opérant des louches bègues, eut l'idée de traiter l'une et l'autre affection par la même méthode, la section des muscles.

Mais laissons le chirurgien de Berlin rappeler lui-même l'origine de cette méthode.

« Depuis longtemps déjà le bégaiement attirait mon attention, et je désirais d'autant plus trouver un moyen de le guérir d'une manière prompte et radicale, que plusieurs bègues qui s'étaient crus délivrés de cette infirmité étaient bientôt retombés dans leur ancien état, et que d'autres avaient reçu sans aucun résultat les leçons des plus habiles maîtres. Tout à coup l'idée me vint que le changement opéré dans l'innervation des muscles de la langue par la section de la partie musculaire de cet organe amènerait peut-être la guérison. Le succès a justifié de la manière la plus brillante cette nouvelle opération.

» Cette pensée de guérir le bégaiement par la section des muscles de la langue se présenta pour la première fois à mon esprit, en entendant une personne qui louchait me prier, en bégayant, de l'opérer. Elle était affectée d'un strabisme spasmodique des deux yeux (*strabismus concomitans cum nystagmo*). Dès lors en y faisant plus attention, je remarquai que plusieurs autres louches avaient en même temps un vice de prononciation. Ils louchaient presque tous d'une manière convulsive, certains jours plus que d'autres : ce qui avait aussi lieu pour le bégaiement. La difficulté momentanée, ou même l'impossibilité complète de prononcer certaines consonnes, syllabes ou mots, variait ainsi que leur maladresse dans l'emploi mécanique qu'ils faisaient de leur langage qui produit le bégaiement, avait une cause dynamique, et je le regardais comme un état spasmodique des voies aériennes, qui résidait surtout dans la glotte et qui se communiquait à la langue, aux muscles du visage et même du cou. Je devais aussi croire qu'en interrompant l'innervation dans les organes musculaires qui participaient à cet état normal, je parviendrais par là à le modifier ou à le faire cesser complétement. Ce qui était arrivé lorsque je fis la section des muscles de l'œil dans le nystagme du bulbe (*nystagmus bulbi*), et lorsque j'eus recours à la même méthode dans le strabisme spasmodique et dans les crampes des muscles du visage, me confirma dans cette idée.

» C'est par cette raison que la section transversale de toute la musculature de la langue me parut une entreprise digne de la tenter et de la réussite de laquelle j'étais intimement convaincu, comme de l'efficacité de la section transversale des muscles dans un grand nombre de maux spasmodiques. Pour me soustraire au reproche de partialité que j'aurais pu m'adresser moi-même, de n'essayer qu'une méthode d'opération, je résolus d'exécuter de différentes manières et avec différentes modifications la coupe transversale de la racine de la langue, pour faire cesser l'innervation vicieuse, opération de laquelle seule j'attendais quelque succès.

» J'ai jusqu'ici essayé trois méthodes différentes, qui toutes ont pour but la séparation totale des muscles.

» 1° La section horizontale transverse de la racine de la langue ;

» 2° La section sous-cutanée transversale de la racine de la langue avec conservation de la muqueuse ;

» 3° La section horizontale de la racine de la langue avec excision d'une pièce triangulaire dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur.

» C'est particulièrement sur cette dernière méthode que j'avais fondé le plus d'espérance de succès, beaucoup plus que sur les deux autres, parce qu'elle avait pour résultat le raccourcissement de la langue, et qu'elle lui procurait la facilité de se porter à volonté contre la paroi supérieure de la cavité buccale, mouvement qu'on cherche surtout à développer dans les leçons que les bègues reçoivent pour se corriger de ce défaut.

» Cependant, comme cette méthode lé-

sait plus les parties qu'une simple section, avec la séparation de la muqueuse ou sans elle, je ne voulus pas m'en tenir là, mais aussi tenter les deux autres plus faciles à exécuter. » (Dieffenbach, *Sur la guérison du strabisme*, p. 1.)

L'appareil instrumental était très simple. Il se composait d'une pince de Museux; d'une pince plus petite, mince et dentée; d'un crochet double à manche; d'un bistouri étroit, que Dieffenbach appelle un bistouri à fistule: c'est un bistouri aigu, long et falciforme; d'aiguilles fortement arquées, munies d'un fil de soie quadruple; d'une pince courte, épaisse, ressemblant à une pince droite pour les dents, propre à conduire les aiguilles. Ce sont les mêmes aiguilles et les mêmes pinces que le célèbre chirurgien emploie dans l'opération de la rupture du périnée.

L'opération de Dieffenbach ayant fait grand bruit et ayant trouvé un grand nombre d'imitateurs, c'est un devoir pour nous de la faire connaître aussi exactement que possible.

Nous allons d'abord rapporter la première observation de l'auteur. Elle fut un succès, comme presque toutes celles qui la suivirent, soit dans la pratique du chirurgien prussien, soit dans celle des opérateurs des autres pays, car on prit partout part à ce mouvement. Nous n'avons pas à examiner maintenant si le résultat heureux qu'on obtint d'abord se soutint; nous devons nous borner à exposer en ce moment les faits et les opinions des médecins, tels que ces deux éléments se produisirent alors que l'opération était en faveur; nous verrons mieux le progrès des idées. Voici la première observation de Dieffenbach :

Obs. 1. « Je fis la première opération du bégaiement, le 7 janvier 1841, sur Frédéric Doenau, de Berlin, âgé de treize ans, enfant éveillé et plein de talents. Je choisis celle des trois méthodes où une partie triangulaire de la racine de la langue est excisée, parce que j'en attendais davantage. Avant de décrire l'opération, je dois entrer dans quelques détails sur le bégaiement même.

» Dès sa plus tendre enfance ce jeune homme avait si fort bégayé qu'on le regardait comme incurable. Ce vice était tantôt plus fort, tantôt faible, quelquefois le mettait dans l'impuissance de prononcer un seul son; ou bien c'étaient certains mots qu'il bégayait, tant en allemand que dans les langues latine et française. Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il prononçait les sifflantes (*s*, *z*, *f*, *s*,) et les gutturales (*g*, *k*, *ch*, *x*); lorsqu'il parlait, on ne pouvait distinguer les lettres dures (*p*, *t*, *k*) des douces (*b*, *d*, *g*). Souvent il répétait la même lettre quatre fois de suite; le bégaiement restait le même qu'il parlât bas ou haut, ou même qu'il élevât la voix jusqu'à crier. Plus souvent il lui était impossible de parler, ou il n'émettait que des sons à demi articulés. La présence d'une personne étrangère lui causait un trouble complet : son visage se crispait convulsivement, les lèvres tremblaient en se mouvant avec rapidité de haut en bas, les paupières s'écartaient avec force l'une de l'autre et les ailes du nez prenaient part à ce travail convulsif. Pendant ce temps la langue était roide ou bien se mouvait en tous sens dans la bouche, les muscles du cou, la trachée-artère et le larynx s'agitaient convulsivement, et ce n'était qu'avec des peines inouïes que le jeune homme, victorieux de ce combat intérieur, parvenait à proférer un mot estropié. Le parler lui devenait alors plus aisé, un mot en chassait un autre, jusqu'à ce que par le flux de paroles qu'il ne pouvait contenir il commençât à s'embrouiller et à balbutier de nouveau. Cette espèce d'horreur toute particulière qu'éprouvent quelques bègues à prononcer certains sons a une grande analogie avec l'état d'agitation et d'angoisse que procure aux hydrophobes la vue de l'eau : c'est pourquoi on pourrait le désigner du nom de *phonophobie*. Le maître distingué de l'enfant, M. Rappmund, lui a donné les soins les plus assidus; c'est à ses efforts que le jeune Doenau est redevable des progrès extraordinaires qu'il lui a fait faire dans les langues et dans les sciences, malgré les grands obstacles qu'il a eu à surmonter. Ce fut avec une grande joie que la mère de cet enfant accepta la proposition que je lui fis de tenter un essai pour la guérison de son fils. Deux personnes m'assistèrent pendant l'opération, MM. les docteurs Halthoff et Hildebrandt.

» Voici la marche que je suivis pour opérer. Le jeune homme était assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un assistant. Je fis tirer la langue autant que possible, puis la saisis dans la partie antérieure avec une pince Museux, de manière que les crochets de la pince pénétrassent dans les bords; en serrant les branches de l'instrument, la langue fut ainsi comprimée latéralement, et son volume devenait plus étroit tout en gagnant en épaisseur, deux conditions favorables à l'exécution de l'opération.

» Pendant qu'un des aides amenait la langue autant que possible en dehors et un peu de côté, et que l'autre retirait en arrière avec des crochets obtus les coins de la bouche, je saisis avec le pouce et l'index de la main gauche la racine de la langue et la relevai en la comprimant latéralement. Cela fait, j'enfonçai la lame de mon bistouri. dont le taillant était dirigé en haut, dans la partie gauche de la racine de la langue, et après avoir fait pénétrer mon instrument jusqu'au point opposé à celui où j'étais entré, je terminai de bas en haut la section complète. Après avoir fixé le bord postérieur de la plaie avec une forte suture. je saisis avec une pince munie de pointes le bord antérieur, et l'ayant ainsi comprimé latéralement, j'enlevai dans toute l'épaisseur de la langue, de haut en bas, un morceau de trois quarts de pouce en forme de coin. Pour cette dernière section, je me servis d'un petit bistouri droit préférablement au bistouri à fistule.

» La lèvre postérieure de la plaie fut, au moyen de la suture dont j'ai déjà parlé et d'un double crochet, amenée assez en avant pour que je pusse recoudre. Six forts points de suture réunirent la plaie et empêchèrent l'hémorrhagie, d'autant plus sûrement que j'avais eu soin de les faire pénétrer dans le fond même de la blessure. La perte de sang fut assez considérable; ce qui est tout naturel, lorsqu'on réfléchit à la nature des organes sur lesquels se pratique cette opération délicate et qui exige une main exercée.

» Je demandai au jeune malade, dès qu'il se fut gargarisé la bouche avec de l'eau froide, de prononcer quelques mots qui lui avaient présenté le plus de difficulté... Il ne bégayait plus. Seulement les contorsions des muscles du visage continuèrent comme auparavant.

» Le malade, immédiatement transporté dans son lit, fut soumis à un traitement rafraîchissant.

» A part une agitation fébrile dans les premiers jours qui suivirent l'opération, une légère tuméfaction de la langue, de la gêne dans la déglutition, aucun symptôme inquiétant ne se manifesta. L'acte de la parole était encore accompagné de contorsions dans les muscles du visage, mais le bégaiement ne se montra plus. Le cinquième jour j'enlevai trois sutures. La tuméfaction de la langue avait considérablement diminué le sixième; j'enlevai les trois derniers fils. Au septième jour, la plaie était complétement guérie : on ne remarquait plus qu'une légère enflure à la base de la langue, et le jeune homme était entièrement rétabli.

» Pas la plus petite trace de bégaiement, pas le plus léger mouvement convulsif dans les muscles du visage, ni dans les lèvres n'est demeuré.

» La prononciation est tout à fait pure, sonore et rapide; l'émotion et la surprise ne causent plus aucune interruption dans le langage, que le jeune homme parle, lise, s'entretienne avec ses proches ou avec des inconnus. Dix jours après l'opération, j'eus l'honneur de le présenter à Son Excellence M. le baron Alexandre de Humboldt, qui l'examina avec le plus grand intérêt et put se convaincre de son entière guérison. Plusieurs médecins connus ont été les témoins de cet heureux résultat. MM. Schœnlein, Muller, Lichtenstein, Krause, Romberg et Busse ont vu le jeune Doenau : le dernier de ces messieurs l'interrompit tout à coup pendant sa lecture en lui demandant de prononcer le mot *Preobadschenskoy*, qu'il répéta aussi vite qu'on le lui avait demandé. Les membres de la Société médicale de Berlin ont aussi accordé leur attention à ce cas de guérison. » (Dieffenbach, *Lettre adressée à l'Institut de France sur la guérison du bégaiement au moyen d'une nouvelle opération chirurgicale*, dans *Ann. de la chirurgie française*, Paris, 1841, t. I, p. 422.)

M. Amussat, l'un de ceux qui ont le plus pratiqué cette opération en France, obtint également des succès constants, et

il adressa à l'Académie des sciences une lettre dans le même sens que celle du chirurgien de Berlin ; nous en extrayons un des principaux passages : il montrera quelle est l'opinion de M. Amussat, et le traitement qu'il conseillait contre le bégaiement.

« Je crois avoir indiqué le premier que la cause du bégaiement résidait le plus souvent dans le défaut de conformation ou dans l'excès de contraction des génio-glosses, et que la langue était presque toujours raccourcie, rétractée ou mal conformée. C'est cette idée, confirmée depuis par des faits nombreux que j'ai observés, qui m'a conduit au procédé que j'ai imaginé. Les bègues que j'ai opérés jusqu'à présent sont au nombre de trente-trois. Sur ce nombre, trois femmes seulement étaient affectées de bégaiement. Les autres résultats statistiques que j'ai obtenus ne sont pas encore appuyés sur un assez grand nombre de faits pour que j'en puisse tirer des conclusions rigoureuses. En attendant, je dirai cependant que chez quelques bègues l'hérédité et les convulsions dans l'enfance peuvent être considérées comme cause de leur infirmité.

» Les résultats que j'ai obtenus par la section des muscles génio-glosses sont tout à fait satisfaisants ; ils sont survenus quelquefois immédiatement après l'opération, d'autres fois l'amélioration ne s'est manifestée qu'au bout de quelques jours. Parmi les bègues que j'ai opérés, il en est un certain nombre chez lesquels on trouverait difficilement des traces du bégaiement dont ils étaient affectés ; chez d'autres, les résultats ont été moins complets. Enfin, sur six bègues, le premier temps de l'opération, c'est-à-dire la section complète du filet de la muqueuse et des tissus fibreux jusqu'aux muscles, a suffi pour faire cesser le bégaiement.

» Il survient quelquefois, pendant et après l'opération du bégaiement, un accident sur lequel j'ai déjà insisté, c'est-à-dire l'hémorrhagie. Pour la faire cesser j'emploie l'eau glacée en injections, ou des plumasseaux de charpie mélangés avec de la glace pilée en petits morceaux, je joins à ces moyens la compression avec deux doigts de chaque main placés dans la bouche sur la charpie, et prenant un point d'appui avec les pouces sur le menton et en arrière.

» Une seule fois j'ai été obligé, à cause de la persistance de l'hémorrhagie, d'avoir recours à un corps dur que j'ai placé sur la charpie, en faisant serrer les dents. Si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait employer les styptiques et même le fer rouge. Du reste, dans les cas ordinaires, j'ai renoncé aux styptiques et à l'eau de Rabel, qui m'ont paru augmenter l'inflammation. » (Amussat, *Acad. des sciences*, séance du 15 mars 1841. *Gazet. méd.*, 20 mai 1841, p. 189.)

Dieffenbach opéra encore par la méthode d'excision plusieurs bègues avec le même succès ; nous reproduisons l'observation suivante, très intéressante sous tous les rapports.

Obs. 2. « Frédéric Keil, âgé de seize ans, d'une taille grande et svelte, d'une constitution délicate, bégayait depuis sa dixième année, après avoir eu peu de temps auparavant une grave inflammation de poumons. L'année suivante il eut de nouveau la même maladie, et après la guérison il parut bégayer plus fortement qu'auparavant. Le père de ce jeune homme, instituteur à Potsdam, a neuf enfants, dont plusieurs sont atteints de cette infirmité : les deux filles aînées en sont exemptes ; deux autres fils plus jeunes ne bégaient pas ; un autre plus jeune encore a bégayé quelque temps dans son enfance ; la cadette de la famille, une enfant de trois ans, bégayait fortement ; le père lui-même a souffert jusqu'à sa sixième année de ce défaut, qui l'a quitté tout à coup à cette époque.

» Ce sont surtout les lettres *b*, *p*, *d*, *t*, qu'il avait le plus de difficulté à articuler ; pour prononcer les labiales *b* et *p*, il pressait fortement les lèvres l'une contre l'autre, et tenait la bouche fermée avant de pouvoir produire ce son ; pendant ce temps il appuyait la langue contre la rangée supérieure des dents. Il prononce les dentales *d* et *t* avec les lèvres ouvertes ; il commence par appuyer un moment la pointe de la langue contre les dents de la rangée inférieure, sans toutefois produire de son, puis la reporte avec rapidité entre les dents, et il finit par prononcer ces lettres en ne produisant qu'une fois le son

d, *t*, ou en le redoublant *dddd*, *tttt*. Quand une syllabe commence par une des sifflantes *s* ou *sch*, il tient les deux rangées des dents légèrement écartées l'une de l'autre, puis en répétant la sifflante, fait échapper l'air entre elles jusqu'à ce qu'il parvienne à articuler la syllabe qui n'est jamais qu'un son indistinct *ssss an-ft*, *schschw-a-rz*. Il prononce sans peine les gutturales *g*, *k*, *ch*, pour l'articulation desquelles la langue joue un rôle plutôt passif; il les répète cependant plusieurs fois de suite dans la vitesse du discours, *p*, *e*, *ku-ku-kurrz*.

» La manière dont Keil prononce les voyelles mérite une attention particulière: le fait-il lentement, alors il les prononce bien, résultat qu'il a obtenu par les efforts et les excellentes leçons qu'il a reçues pour se corriger de ce défaut; mais s'il prend moins garde à lui, le son n'est plus pur: aussitôt *h-h-a*, *hhe*, *hii*, *h-o-ho*. Quant à *und*, il n'a jamais pu le prononcer autrement que *hhund*. Il en est de même pour les consonnes que l'on fait précéder d'une voyelle, comme *f*, *l*, *m*, *n*, *r*; et la sifflante *s*, il la prononce *heff*, *hell*, *hemm*, *henn*, *herr*, *hess*.

» Outre ces anomalies dans la formation des sons dans le larynx, et dans leur articulation dans la cavité buccale, on remarque encore chez Keil des phénomènes particuliers par rapport à la manière dont il chasse l'air hors de la bouche en parlant. De temps à autre la colonne d'air sort des poumons, traverse la trachée-artère et la glotte, arrive dans la bouche, sans que Keil puisse la contenir et sans qu'aucun son soit produit. La cause en est que les organes de la cavité buccale, dont le but est de former le ton produit dans la glotte, et surtout les muscles glosso-laryngiens, sont empêchés par une espèce de contraction involontaire d'exécuter l'action qui est nécessaire pour articuler. Lorsqu'un ton défectueux s'est ainsi échappé, Keil inspire de nouveau avec peine, élève le diaphragme et la cavité pectorale, porte la langue dans la bonne position et articule alors le son d'une façon convenable.

» L'expression de ce jeune homme plein de talents a quelque chose de souffrant et de triste; lorsqu'il parle, les mouvements de son thorax et de la trachée-artère sont d'une nature spasmodique. Dans ce cas-ci le bégaiement présente un caractère intermittent avec un type irrégulier, et augmente beaucoup lorsque le jeune homme est embarrassé : avec ses frères et sœurs il parle quelquefois assez couramment; la moindre chose étrangère, la présence d'une personne à laquelle il n'est pas accoutumé le trouble, et alors la pensée, quoique toute formée, ne peut se communiquer par la parole, parce que les muscles exécuteurs de la volonté sont empêchés subitement dans leur action par des contractions spasmodiques.

» Je fis l'opération le 19 janvier 1841, en présence de MM. Juengken, Romberg, Baum, de Siébold, Trettenbacher, Keil, Hauck, Buehring, Hildebrandt.

» J'opérai dans ce cas-ci, d'après la méthode où l'on enlève une pièce dans toute la largeur de la langue à peu près, suivant la manière que j'ai décrite dans le premier cas déjà cité. Après avoir fixé la langue au moyen d'une pince à crochet, je fis une forte suture dans sa partie postérieure aussi en arrière que je pus atteindre; puis ayant transpercé avec un bistouri à fistule la racine de la langue à sa base, j'opérai la section complète de bas en haut; je saisis le bord antérieur de la blessure avec une pince munie de pointes à la surface interne de ses becs, et j'enlevai, dans toute la largeur et l'épaisseur de la langue, un morceau triangulaire de trois quarts de pouce. La réunion des bords de la plaie fut opérée par six forts points de suture. La perte de sang, quoique assez considérable, cessa complétement après l'application des sutures.

» Dès que l'opération fut achevée, j'essayai de faire prononcer au jeune homme quelques mots, ce qu'il put exécuter sans le moindre bégaiement, mais avec la gêne qui résulte naturellement d'une opération pratiquée sur la langue. J'ordonnai une diète sévère et des gargarismes répétés. Aucun symptôme ne se montra, à part une tuméfaction médiocre de l'organe lésé; l'état du malade était semblable à celui qui serait causé par une angine catarrhale. La déglutition était un peu gênée et la langue chargée, cependant

trois jours après l'opération il put quitter le lit. Il prononçait déjà quelques mots sans bégayer. Le quatrième jour la langue ne présentait presque plus de tuméfaction, ses mouvements étaient beaucoup plus libres, et le patient pouvait déjà prononcer de petites phrases sans bégayer et sans faire de grimaces. Le cinquième jour il se trouvait bien. Je retirai de la langue un des fils, et les deux jours suivants les autres. Huit jours après l'opération, le jeune homme était complétement guéri tant de son bégaiement que de sa blessure. Un grand nombre de médecins, qui l'ont vu depuis lors, peuvent confirmer l'heureux résultat de cette opération.

» Un opérateur peu exercé pourrait modifier la méthode employée dans ces deux cas, en tant que dans la section de la langue de bas en haut il laisserait intacte une partie de la muqueuse jusqu'à ce qu'il eût fixé, au moyen d'une suture, le bord postérieur de la plaie; et l'ayant ainsi en sa puissance, il pourrait achever la section complète en coupant le pont formé par la muqueuse. » (Dieffenbach, *Du bégaiement*, *loc. cit.*, p. 426.)

Tels sont les résultats obtenus par Dieffenbach, en pratiquant à la base de la langue l'excision d'un lambeau triangulaire; les deux autres procédés ne lui réussirent pas moins.

A l'époque où il adressa sa lettre à l'Académie des sciences, il avait exécuté quatre fois la section simple et horizontale de la racine de la langue. Elle fut sans résultat dans le premier cas, parce que, dit Dieffenbach, le bégaiement était compliqué d'un état paralytique de la langue. Au moment où il écrivait, la guérison des trois autres n'était pas encore complète, mais le bégaiement avait entièrement disparu. Nous allons rapporter en abrégé l'un de ces trois cas.

Obs. 3. Charles Stéphan, treize ans, constitution faible, intelligence bornée; strabisme concomitant dès sa seconde année. A l'âge de six ans, le sujet perdit la parole, apparemment par suite d'une attaque d'apoplexie, et pendant l'espace de trois mois il en demeura privé; dans cet intervalle il ne pouvait produire que des sons inarticulés. Peu à peu il apprit, quoique avec beaucoup de peine, à prononcer quelques mots isolés; cependant ses progrès furent extrêmement lents. Maintenant sa manière de parler est si imparfaite, qu'il n'est pas en état de fréquenter les écoles.

A la vue d'un étranger la figure de ce jeune homme exprime un sentiment d'embarras et de crainte; il louche plus fortement, et ses yeux se portent tour à tour vers l'angle interne et externe de l'orbite. Lorsqu'il essaie de parler, sa figure se contracte comme celle d'un singe; les muscles du cou commencent à travailler d'une manière violente, sa tête vacille, et dès qu'il veut ouvrir la bouche, ses lèvres tremblent, et la salive découle avec abondance.

Ce n'est qu'avec des peines inouïes qu'il prononçait de la manière suivante les lettres de l'alphabet, en s'interrompant souvent de sanglots, de soupirs, de courtes inspirations et de longues expirations : *a a a ah ah, be be weh eh, cch ceh ceh, de deh he, e e e eh eh, ha he ha, ge geh hege, ha hah h, i i i ih, ka kah a ahll, ha hahm em em mem, en un en, o o o oh oh, pe pe pe pe peh, kuh kuh, er r r, eefs, at the, ouh, vaug, hwah, i i i ih hix, ipsi, ipsi ipsilon, ha haz a zed.* Il ne parvenait à prononcer la lettre *p* qu'en faisant les plus fortes grimaces, en ouvrant graduellement la bouche et en agitant violemment les mâchoires. Le mot *pater* lui offrait surtout de grandes difficultés.

Pour l'opération, le chirurgien de Berlin fixa la langue comme dans le cas précédent, et l'incisa transversalement à sa racine. Six fortes sutures réunirent exactement les bords de la plaie, et suffirent pour arrêter la perte de sang, qui avait été assez abondante. Immédiatement après l'opération, le bégaiement avait entièrement cessé, et les contorsions de la face étaient beaucoup moins fortes; il pouvait prononcer plusieurs lettres, le *p*, même le mot *pater*, sans hésiter.

Le malade suivit un traitement rafraîchissant; la réaction fut faible, et l'enflure de la langue peu considérable. Ce qui, toutefois, lui fut le plus à charge était une forte sécrétion de salive. Le quatrième jour, le chirurgien prussien enleva trois sutures, et le cinquième les trois autres : l'enfant se trouvait tout à fait rétabli. Dieffenbach a été assisté par MM. Hat-

thoff, Buehring et Hildebrandt. L'opération n'a, du reste, pas produit une amélioration bien sensible dans le langage de ce jeune homme ; ses grimaces sont cependant moins fortes. » (Dieffenbach, *Du bégaiement*, loc. cit., p. 430.)

Lorsqu'il écrivait sa lettre, Dieffenbach n'avait encore appliqué la méthode sous-cutanée au bégaiement que dans le cas suivant :

Obs. 4. « Herrmann Hirschberg, de Berlin, âgé de dix-sept ans, peintre de profession, d'une intelligence assez bornée, bégayait si fort depuis sa plus tendre enfance, qu'il dut se passer de toute instruction publique et se contenter d'acquérir les connaissances les plus superficielles. Il lui était presque impossible de se faire comprendre; car les premiers sons qu'il proférait étaient précédés des grimaces les plus affreuses et de contractions effrayantes dans tous les muscles du visage. Tantôt la bouche s'ouvrait, tantôt les lèvres se pressaient l'une contre l'autre, les muscles du cou se crispaient, la trachée-artère et la glotte montaient et descendaient avec rapidité, la tête s'inclinait, et, dominé par le même sentiment d'horreur qu'un hydrophobe pour l'eau, il laissait échapper un son mutilé; d'autres qui arrivaient par secousses dans des intervalles plus ou moins rapprochés. Quelquefois on pouvait, avec ces sons, composer une phrase ; d'autres fois cela n'était pas possible. Au milieu de ce combat intérieur le jeune homme se taisait quelquefois, dominé par un état convulsif des muscles du visage et de la langue, puis tout à coup laissait échapper des sons, comme *nein, hu hu, tu, hahha.*

» Après cela, il pouvait, en bégayant, prononcer d'une façon compréhensible plusieurs mots de suite. Il serait superflu d'entrer dans plus de détails touchant ce vice dans la prononciation qui me décida à tenter une opération, qui, malgré mon peu d'espérance, surpassa mon attente par ses brillants résultats. Dans ce cas-ci, je résolus de faire la section sous-cutanée transversale de la langue, non pas tant à cause des avantages que j'espérais en retirer que pour me procurer aussi une occasion d'en examiner la valeur. D'un côté, elle me parut avantageuse, en tant que la partie postérieure de la langue n'était pas susceptible d'être amenée en avant, ce qui rendait plus difficile l'application des sutures; d'un autre côté, elle me sembla douteuse à cause de la difficulté d'arrêter l'hémorrhagie, puisqu'il n'était guère possible d'employer la compression, et qu'une grande quantité de sang risquait de s'accumuler dans la plaie sous-cutanée pratiquée dans les muscles de la langue. Cette méthode enfin me parut moins sûre, parce qu'en la suivant je n'obtiendrais pas le raccourcissement de la langue, condition qui me semblait indispensable pour procurer la guérison. Le succès a cependant surpassé de beaucoup mon attente.

» Pour l'opération, pendant laquelle je fus assisté de M. le docteur Trettenbacher, de Münich, et de MM. Buehring et Hildebrandt, je saisis la langue avec une pince de Museux, et la tirai fortement en dehors de la bouche, puis j'enfonçai en arrière, dans la face inférieure, un bistouri à fistule falciforme, et incisai la racine de la langue dans toute son épaisseur, en laissant intacte la muqueuse qui revêt la face supérieure. La largeur de la plaie que j'avais faite en enfonçant et faisant ressortir le bistouri ne parut pas dépasser celle de l'instrument, ce qui provenait de l'extensibilité de la muqueuse. La langue était si complétement coupée sous la peau dans toute sa largeur, qu'il eût suffi pour la faire céder de la tirer un peu fortement avec la pince.

» Le sang jaillit avec abondance des deux blessures latérales, comme s'il fût sorti d'un gros tronc d'artère, et la langue se tuméfia bientôt par la masse de sang qui s'accumulait dans le vide produit par la section sous-cutanée. Pour rétrécir cet espace, je fis une forte suture d'arrière en avant dans l'épaisseur de la langue, et fermai aussi les deux points latéraux par lesquels j'avais fait pénétrer mon bistouri. Lorsqu'après l'opération le jeune homme voulut essayer de produire quelque son, il ne contracta que légèrement la figure, et parvint sans grand effort à prononcer le mot *nein*, en exprimant par des grimaces et des gestes la douleur qu'il ressentait. Les jours suivants s'écoulèrent sans qu'il se passât rien de remarquable. La déglutition était très gênée, ce qui n'empêcha pas cependant de prendre quelques

soupes mucilagineuses ; la langue était chargée, et le soir il était atteint d'un léger accès de fièvre. Le quatrième jour déjà je pus ôter les sutures : la réunion était complète dans toute la profondeur de la plaie ; au septième jour la langue ne présentait plus la moindre tuméfaction, et le huitième le jeune homme put quitter la chambre. Il ne bégaie plus du tout ; certains mots cependant lui offrent quelques difficultés, et ce n'est qu'avec effort qu'il peut les prononcer. Quant à l'exécution, cette opération présente plus de difficulté que les autres méthodes. » (Dieffenbach, *Du bégaiement*, loc cit., p. 432.)

Quant à la guérison de la plaie qui résulte de l'opération, nous allons analyser ce qu'en dit le chirurgien de Berlin.

Les blessures de la langue ont la propriété de guérir promptement, pourvu que leurs bords soient, au moyen de sutures, suffisamment rapprochés. Les blessures faites dans la partie postérieure de la langue, occasionnant toujours une forte hémorrhagie, exigent nécessairement que les points de suture soient placés à une certaine distance des bords de la plaie, et en pénètrent le fond pour arrêter en même temps la perte de sang. Pour cette raison, les fils doivent être plus fermement noués que dans les blessures de la peau. La ligature des vaisseaux, exécutée préalablement à l'application des sutures, empêcherait la réunion, et serait aussi préjudiciable que la ligature des artères labiales dans l'opération du bec-de-lièvre. Ordinairement la guérison des blessures de la langue est complète le troisième jour ; quelquefois même elle a lieu vingt-quatre heures après l'opération ; mais, comme il n'y a aucun inconvénient à laisser plus longtemps les sutures, et que sans cela la blessure pourrait facilement se rouvrir par les mouvements de la langue, et causer ainsi une hémorrhagie dangereuse, il est préférable de n'éloigner les premiers fils que le quatrième jour, quelques uns le cinquième, et les derniers seulement le sixième. Si l'on tardait plus longtemps, on établirait un foyer de suppuration, et l'on pourrait occasionner la formation d'une fistule.

Lorsqu'en enlevant le premier fil il sort quelques gouttes de sang du point de suture, c'est une marque certaine que l'action plastique n'a pas encore fait de progrès suffisants, et que la réunion n'est pas encore assez solide ; aussi doit-on bien se garder de continuer ce jour-là à extraire des sutures. On doit procéder avec beaucoup de soin et sans secousse à l'enlèvevent des fils : le malade tire la langue hors de la bouche ; on saisit alors avec une pincette l'extrémité d'un fil un peu au-dessous du nœud : on l'élève au-dessus du sillon qu'il s'était formé, de manière à ce qu'on le voie distinctement, et on le coupe au-dessous du nœud. Dès que les fils sont enlevés, on ordonne au malade de se gargariser la bouche avec de l'eau tiède. Quant à l'acte de cicatrisation, nous avons déjà remarqué qu'il se faisait promptement ; la cicatrice elle-même forme une ligne unie sur laquelle manque le velouté de la muqueuse qui s'élève de chaque côté en forme d'ourlet. La place des anciens points de suture est marquée par de petits enfoncements, et l'endroit où se trouvaient les sutures mêmes, par une strie lisse qui disparaît bientôt, si toutefois les fils n'ont pas pénétré dans la muqueuse. Les cicatrices provenant des blessures longitudinales sont beaucoup moins apparentes que celles qui résultent des blessures transverses. Aussi, malgré une réunion complète, remarque-t-on que la solution de continuité causée par l'excision d'une pièce donne à la langue un aspect particulier : elle est divisée en deux parties séparées par le sillon de la cicatrice ; une partie est plus étroite, comme si une langue plus petite eût été ajoutée à une plus grosse. A la suite de la même opération, la partie postérieure de la langue pourvue de grosses papilles se trouve ramenée plus en avant.

On sent, en palpant les langues opérées par section simple ou par excision d'un morceau triangulaire, peu de temps après l'opération, un disque dur, vertical, qui s'amollit avec le temps. Après l'excision, les mouvements sont complétement libres ; l'opéré a le sentiment d'un raccourcissement de la langue et d'un relèvement de la pointe de cet organe contre le palais. La section de la langue n'a aucune influence sur le sens du goût, qui cependant paraît, dans les premiers temps qui

suivent l'opération, être moins subtil. On ne peut pas attendre un heureux résultat d'opérations pratiquées sur la pointe de la langue, qui auraient pour but de changer l'innervation viciée, et de guérir le bégaiement.

Dieffenbach s'exprime ainsi sur les indications et sur les dangers de l'opération :

« Quant à ce qui concerne les indications de cette opération, elles sont beaucoup plus difficiles à déterminer dans les cas particuliers que celles de l'opération du strabisme. L'importance d'une si grave opération, les dangers qui peuvent en résulter, la perte de la langue par la gangrène ou par une trop forte suppuration, ou même par la maladresse d'un assistant qui peut facilement la déchirer, sont autant de considérations qui demandent à être mûrement pesées, et qui, jointes à la difficulté qu'elle présente, empêcheront des opérateurs peu exercés de vouloir la tenter. Dans ces derniers jours, j'ai opéré quatorze bègues en enlevant une pièce triangulaire dans la langue. Chez tous le bégaiement a entièrement cessé. Dans un temps où c'est généralement l'habitude de modifier les méthodes d'opération les plus simples et déjà reconnues comme bonnes, malgré les trois méthodes principales que j'ai indiquées, les chirurgiens auront ici un large champ pour faire des modifications et inventer des instruments. On fera des incisions en croix, en travers, au-dessus et au-dessous de la langue ; on se servira de caustiques ; on emploiera des bistouris et des ciseaux courbés d'une manière nouvelle, d'autres crochets, d'autres pincettes ; il n'y a pas jusqu'aux manches des instruments que l'on corrigera et courbera de manière à ce que le jour puisse mieux tomber dans la bouche. Cette nouvelle opération fournit aux antiquaires en chirurgie une occasion de créer des noms nouveaux. Je leur laisse même le soin de la baptiser d'un nom grec.

» J'ai opéré jusqu'à présent dix-neuf personnes, dont plusieurs sont encore en traitement ; toutes me font espérer un résultat satisfaisant. » (Dieffenbach, *Du bégaiement*, loc. cit., p. 437.)

Au lieu de couper les génio-glosses à la base de la langue, M. Bonnet imagina de les détacher de leur insertion au maxillaire inférieur ; c'est ce qu'il appelle la *méthode sous-mentale.*

Dans ses premiers essais il se contentait de couper les muscles génio-glosses à leur insertion aux apophyses géni ; mais n'ayant souvent obtenu aucun résultat de son opération, et voyant que chez ceux où elle n'avait pas réussi la langue continuait à pouvoir être tirée facilement hors de la bouche, et dans l'articulation du *d* et du *t* à se porter entre les dents, il en conclut que puisque le muscle continuait à agir, la section n'en avait pas été convenablement faite. Il s'assura que les génio-glosses, parfaitement détachés de leurs apophyses d'insertion, continuaient à adhérer à l'aponévrose assez dense qui, attachée comme eux au maxillaire inférieur, se confond en arrière dans le corps de la langue, et à laquelle s'insèrent quelques unes de leurs fibres latérales. Au moyen de ces adhérences, les muscles, quoique coupés à leur insertion maxillaire, ne cessent pas de trouver un point d'appui sur la mâchoire inférieure, et par suite à agir sur la langue qu'ils tirent en avant et maintiennent en bas. Après avoir fait ces observations, le chirurgien de Lyon en tire parti en coupant l'aponévrose du génio-glosse, ce qui est facile à exécuter avec le ténotome, introduit par le menton : il suffit d'incliner l'instrument à droite et à gauche jusqu'aux dents canines ; ce qui rendait d'ailleurs plus sûre la section des fibres musculaires enlevées en dehors de l'apophyse géni.

Le résultat n'étant pas encore entièrement satisfaisant, il lui fut facile de se convaincre que le dernier obstacle résidait dans l'aponévrose qui double la membrane muqueuse et qui se rend de la mâchoire à la langue. Le chirurgien trouva le moyen de lever cet obstacle, en observant que cette aponévrose adhère à la mâchoire inférieure dans une hauteur qui est de plus de deux centimètres, et qu'en le décollant dans une partie de ses adhérences on élève le fond du cul-de-sac qu'elle forme en passant de la mâchoire à la langue, et que par suite on fait cesser la résistance qu'elle oppose à l'élévation de cet organe. M. Bonnet eut l'idée de joindre à la section du génio-glosse celle de l'aponévrose de ce muscle, et le décollement de

l'aponévrose maxillo-linguale dans toute la partie où elle répond aux glandes sous-linguales. Il exécute cette idée en faisant agir le ténotome à droite et à gauche, contre la mâchoire inférieure jusqu'au niveau des petites molaires, en décollant autant que possible l'aponévrose de la mâchoire et en refoulant cette toile fibreuse en arrière. Il pense aussi à refouler les muscles avec le plat de l'instrument afin de les détacher complétement du maxillaire.

Finalement la méthode de M. Bonnet consiste : 1° Dans la section du génio-glosse par la méthode sous-cutanée à son insertion aux apophyses géni ; 2° dans la section de l'aponévrose latérale du muscle et le décollement du tissu sous-muqueux à leur insertion à la mâchoire ; 3° dans le refoulement du muscle en arrière. L'opération se pratique d'ailleurs avec le ténotome seul.

Voici comment M. Bonnet décrit lui-même son opération :

« *Procédé sous-mental pour la section du muscle génio-glosse.* — Je me sers de deux instruments : l'un pointu et destiné à percer la peau, le muscle peaucier et l'intervalle qui sépare les digastriques et les mylo-hyoïdiens ; l'autre, mousse à son extrémité et qui doit être enfoncé sur la ligne moyenne entre les deux parties latérales des muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses : ce second instrument est mousse afin de donner plus de chance de ne pas percer la membrane muqueuse du côté de la bouche. Le malade est assis, la tête renversée en arrière ; l'opérateur est placé vis-à-vis de lui, tenant le doigt indicateur gauche dans la bouche au-dessus des apophyses géni. Après avoir fait une piqûre à la peau et au tissu sous-jacent, on enfonce le ténotome mousse, le tranchant tourné en avant derrière le menton et sur la ligne médiane, jusqu'à ce que le doigt placé dans la bouche le sente distinctement au-dessous et en avant, de manière à couper la moitié gauche, par exemple, du génio-glosse ; puis on le tourne du côté opposé et l'on coupe la moitié droite de ce muscle.

» Chacun des temps de cette opération demande des précautions particulières pour être bien exécuté.

» D'abord, pour pénétrer sûrement sur la ligne moyenne et à la distance convenable du menton, on se guide, d'une part, sur l'intervalle qui sépare les deux incisives moyennes ; de l'autre sur le lieu où l'on sent le bord postérieur de la concavité de la mâchoire ; un guide plus sûr encore peut être fourni par le doigt indicateur gauche introduit dans la bouche, au moyen duquel on peut sentir distinctement l'apophyse géni. Ce doigt, placé sur cette apophyse, et l'ongle du pouce appuyant sur la face postérieure de la concavité de la mâchoire, on peut fixer avec précision le lieu où l'instrument doit s'enfoncer.

» Jusqu'à quel point doit-on faire pénétrer l'extrémité du ténotome ? Dire que l'on doit arriver jusqu'au-dessous de la membrane muqueuse, c'est se servir d'une expression extrêmement vague ; car on peut avec le doigt déprimer cette membrane muqueuse jusqu'au-dessous des apophyses géni ; et, dans ce cas, si l'on se borne à enfoncer le ténotome jusqu'à ce qu'il rencontre le doigt, évidemment on ne le fait pas pénétrer assez profondément, et en faisant les incisions latérales on s'exposera à ne pas couper les fibres supérieures du muscle, qui sont précisément celles dont la section est la plus importante. Pour éviter cette grave erreur, je pousse le ténotome jusqu'au-dessous de la membrane muqueuse, à l'endroit où elle se détache de la mâchoire pour aller former le filet de la langue.

» Lorsque le ténotome a pénétré assez profondément, on doit rechercher quelle est sa position par rapport aux apophyses géni. Dans ce but, on lui fait exécuter des mouvements de latéralité, son tranchant toujours appuyé contre la mâchoire. Si on le sent arrêté à droite et à gauche, il est placé entre les deux apophyses géni ; s'il est arrêté à droite, c'est qu'il est à gauche de ces apophyses, et *vice versâ*.

» Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte la position du muscle, on incline contre lui le tranchant de l'instrument qui regarde alors en avant et sur l'un des côtés. Un bruit particulier, le sentiment d'une résistance vaincue annoncent que le muscle est coupé ; mais pour que sa section soit complète dans toute sa hauteur, il faut, après avoir fait agir l'instrument, le

manche dirigé un peu en avant, couper en tenant le manche dirigé autant que possible contre le cou. Ce n'est que par cette manœuvre que la lame peut suivre la couvexité que présente la mâchoire de haut en bas.

» Quand on croit la section complète, on fait passer d'un côté à l'autre des apophyses géni le tranchant de l'instrument, jusqu'à ce qu'on sente celles-ci parfaitement dénudées.

» Après avoir coupé les génio-glosses, je demande au malade de tirer la langue hors de la bouche. S'il ne peut lui faire dépasser les dents, je regarde l'opération comme terminée; mais s'il la tire hors de la bouche, je coupe l'aponévrose du génio-glosse à son insertion à la mâchoire, contre laquelle je tiens toujours appuyé le tranchant de l'instrument, et avec le plat de celui-ci je refoule le muscle en arrière. Je fais alors de nouveau tirer la langue. Dans le cas où sa pointe peut encore dépasser les dents, ce qui prouve que le but immédiat de l'opération n'est pas atteint, Je procède au décollement du tissu fibreux de la mâchoire. Il arrive souvent qu'en faisant le décollement le ténotome pénètre dans la bouche, ce qui amène une effusion de sang qui oblige d'interrompre l'opération. Si cet accident n'a pas lieu, on continue le décollement jusqu'à ce que le malade cesse de pouvoir tirer la langue.

» Quelquefois, chez les personnes âgées, toutes ces sections sont insuffisantes pour enlever à la langue la possibilité de sortir de la bouche. Dans ce cas, on peut prédire l'insuccès de l'opération, ou du moins le résultat que celle-ci doit produire est toujours à peu près nul.

» Toute opération doit avoir une vérification qui annonce si elle est complète ou si quelques uns des temps ont été négligés; or, dans l'espèce, il s'agit de savoir si le muscle génio-glosse est complétement coupé. Voici les moyens qui permettent de s'assurer que l'opération est complète.

» 1° Le doigt introduit dans la bouche doit reconnaître l'extrémité du ténotome, séparé de lui seulement par la membrane muqueuse, et cela dans toute la distance qui sépare les dents incisives externes l une de l'autre. On comprend que si l'extrémité du ténotome n'arrivait au-dessus de la membrane muqueuse que dans une largeur de deux ou trois millimètres, les fibres latérales du génio-glosse pourraient être conservées, ce qu'il est impossible d'éviter.

» 2° Le ténotome doit pouvoir passer de l'un des côtés des apophyses géni à l'autre, sans éprouver aucun obstacle; et comme l'expérience cadavérique démontre qu'on peut ainsi promener l'instrument de gauche à droite ou de droite à gauche de ces apophyses sans rencontrer un seul obstacle, bien que les fibres externes du génio-glosse aient été conservées, il faut, pour être sûr que la section soit complète, que le mouvement du ténotome puisse se faire dans l'étendue de trois millimètres en dehors de chacune des apophyses.

» 3° Comme après avoir pris toutes ces précautions j'ai vu des cas où les résultats ont été imparfaits, j'ai craint d'avoir laissé quelques fibres du muscle, et j'ai cherché de nouveaux moyens de vérification: j'ai pensé alors que si le muscle était complétement coupé, on pourrait le reconnaître en appuyant le doigt sur le filet de la langue; la résistance que l'on sent au-dessous de ce filet doit diminuer après la section du muscle génio-glosse, car elle dépend principalement de ce muscle. En appliquant cette méthode, je n'ai pas encore trouvé qu'elle donnât des résultats précis.

» 4° L'impossibilité où est le malade de faire sortir la langue de la bouche. Ce n'est qu'après un assez grand nombre d'opérations que j'ai songé à tirer parti de cette difficulté pour reconnaître que l'opération était complète. Lorsqu'elle existe et que la pointe de la langue peut à peine se montrer entre les dents, on peut retirer sans crainte le ténotome; l'action du muscle génio-glosse est complétement détruite, le but immédiat de l'opération a été atteint. Personne, que je sache, n'a signalé cette impossibilité où sont les bègues de tirer la langue hors de la bouche, lorsque leurs muscles génio-glosses ont été convenablement coupés. » (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 385.)

En général, les suites de la section sous-cutanée du génio-glosse sont extrêmement simples; le plus souvent, les opé-

rés peuvent se promener dans la journée et reprendre leurs occupations le troisième ou le quatrième jour, sans que leur état exige aucun soin particulier.

Voici ce qui se passe aussitôt après la section du génio-glosse : la langue peut à peine dépasser le bord alvéolaire ; peu à peu elle reprend ses fonctions, au point que le huitième jour les sujets peuvent la tirer d'un ou de deux centimètres hors de la bouche, et qu'après un mois tous les mouvements sont revenus à leur état normal.

Le jour de l'opération, la déglutition est difficile et un peu douloureuse, et ne peut s'exercer que sur des aliments liquides ; mais cette dysphagie disparaît au bout de deux ou trois jours au plus tard.

Une salivation quelquefois abondante s'observe assez fréquemment ; elle cesse ordinairement avant le huitième jour.

Mais, dit M. Bonnet, l'un des phénomènes consécutifs de l'opération le plus important, est la formation d'un épanchement sanguin au-dessous de la membrane muqueuse, entre la langue et la mâchoire. Cet épanchement se manifeste sous la forme d'une tumeur noirâtre, du volume de la dernière phalange du pouce, qui se prononce de chaque côté du frein de la langue, et qui soulève l'extrémité antérieure de cet organe. A ce degré, l'épanchement sanguin n'est pas un accident, même quand il soulèverait légèrement le corps de la langue, de manière à apporter un peu de gêne dans la respiration.

Mais il peut arriver, et M. Bonnet en a vu trois exemples, que le soulèvement de la langue soit complet, que la pointe de cet organe soit repoussée vers la partie supérieure de la voûte palatine, et produise une dyspnée extrême. Le déplacement de la langue est si évidemment le résultat mécanique de l'épanchement sanguin, qu'on le reproduit sur le cadavre en injectant du liquide par le trajet qui recevait le ténotome.

M. Bonnet conseille, pour éviter cet accident, de raser l'os avec le ténotome, afin de ne pas blesser les artères sous-mentales.

Le chirurgien de Lyon combat cet accident par la saignée, et surtout en passant un fil dans la pointe de la langue, pour pouvoir ramener cet organe en avant. Ce dernier moyen dit assez combien l'accident est menaçant.

Voici un cas ou le déplacement de la langue en arrière a produit cet accident :

Obs. 5. « Claude Bordet, âgé de quatorze ans, fils d'un boucher de Callonge, village situé à deux lieues de Lyon, bégaie seulement depuis l'âge de quatre ans. Lorsqu'il veut parler, il fait une série d'inspirations et d'expirations plus rapprochées que dans l'état normal ; il se sent essoufflé et quelquefois même il se met à pleurer au lieu de répondre aux questions qu'on lui adresse. Du reste, il répète plusieurs fois les mêmes syllabes ; il met treize secondes pour dire *caporal*, etc., trois à quatre pour *dédommagement*, deux pour *coquard*. Pour prononcer *de*, *te*, il porte la langue entre les dents ; mais avec de l'attention il la place convenablement derrière les incisives supérieures ; en parlant il remarque, quoique rarement, que la pointe de la langue vient entre les dents, et qu'il la mord pendant qu'il veut parler.

» Je doutai du succès de l'opération, en voyant qu'un certain trouble de la respiration est joint à la difficulté des mouvements de la langue. L'opération est pratiquée le 30 avril, suivant le même procédé que chez Thévenin. L'instrument n'est retiré que lorsque la langue ne peut sortir entre les dents ; l'amélioration est immédiate, et les suites de l'opération sont aussi simples que dans le cas précédent.

» Il sort, parlant très bien, cinq jours après son opération.

» Le 30 mai, je vérifiai le rapport qui m'avait été fait par plusieurs personnes, et entre autres par M. Malibran, médecin à Saint-Rambert, près l'île Barbe, sur son entière guérison. Je lui fis répéter, entre autres, tous les mots sur lesquels il hésitait pendant un temps que j'avais compté : il n'éprouvait pas la moindre hésitation ; je lui fis répéter tous les sons élémentaires, et entre autres *le*, *ne*, *de*, *te*, *re*, etc., etc. Les positions de la langue étaient parfaitement justes dans toutes les articulations.

» Ce cas peut être considéré comme exceptionnel, car le malade offrait une condition qui devait faire douter du succès : c'était un certain trouble dans la respiration ; j'avais lieu de redouter un résultat

nul, comme cela m'était arrivé chez des malades dont le bégaiement présentait la même complication. » (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 399.)

L'opération de M. Bonnet lui a donné le résultat suivant, fourni par quarante-deux cas.

« Deux fois l'opération a été pratiquée chez des malades qui n'étaient pas affectés de bégaiement véritable, mais dont la parole était confuse, difficile à comprendre : le résultat a été nul.

» Quatre fois elle a été faite sur des malades dont le vice de la parole dépendait d'une gêne dans les mouvements respiratoires, et surtout dans l'expiration, qui était arrêtée brusquement au commencement et au milieu des mots. Chez deux de ces malades, il n'y a pas eu de changement; et si deux autres ont éprouvé une amélioration assez marquée, il faut l'attribuer sans doute à ce qu'il y avait, avec la gêne dans la respiration, une difficulté dans les mouvements de la langue.

» Six malades, âgés de trente et un à quarante-deux ans, n'ont retiré aucun avantage de l'opération.

» Sur les trente qui restent, et qui étaient âgés de seize à trente et un ans, neuf ont été complétement guéris; douze ont éprouvé des améliorations très grandes; deux des améliorations médiocres, et sept n'ont retiré de l'opération aucun résultat avantageux : de telle sorte que, dans les bégaiements véritables, chez des personnes qui avaient moins de trente et un ans, j'ai obtenu des résultats avantageux dans plus des deux tiers des cas.

» Je commençais bien, dans la note que je viens de rappeler, à distinguer les bégaiements par obstacle de la respiration de ceux que j'appelais les bégaiements véritables, et qui sont dus à des difficultés dans les mouvements de la langue; mais je citais trente-six cas appartenant à ce dernier genre, et dans lesquels, à part des différences d'âge, je supposais tous les malades dans des conditions identiques. Je suis convaincu aujourd'hui que j'ai confondu dans un seul groupe des cas marqués par des différences tranchées que je n'appréciais pas à mes débuts. Plusieurs de mes observations sont donc trop incomplètes pour que je puisse en tirer parti; aussi je les sacrifie, et abordant la question comme je la comprends aujourd'hui, je vais établir autant de distinctions dans les résultats que j'ai admis de variétés dans les diverses espèces de bégaiements. » (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 395.)

M. Bonnet examine séparément les résultats de l'opération, suivant qu'elle a été pratiquée pour les bégaiements dépendant, d'après lui, de la difficulté des mouvement de la langue, ou qu'ils sont liés au trouble des mouvements respiratoires.

Les résultats des cas de la première catégorie sont généralement heureux; le succès a même été complet chez les bègues qui réunissaient les trois conditions suivantes : 1° âge peu avancé, vingt-cinq ans au plus; 2° tendance à porter la langue entre les dents pendant l'articulation des mots ou de certains sons élémentaires; 3° absence de tout arrêt dans l'expiration, et point d'inspirations brusques et répétées. Tous les sujets étaient affectés de ce que M. Bonnet appelle le véritable bégaiement, c'est-à-dire qu'ils répétaient plusieurs fois les mêmes syllabes. Après l'opération, les faux mouvements qu'exécutait la langue ont entièrement disparu; et chez la plupart des sujets elle portait sa pointe contre le palais dans l'articulation des lettres *l*, *n*, *d*, *t*, au lieu de l'engager entre les dents comme auparavant.

Voici un exemple de ces succès :

Obs. 6. « Thevenin, ouvrier en soie, âgé de vingt-cinq ans, demeurant à la Croix-Rousse, rue de Sully, maison Bergeret, est affecté depuis l'âge de quatre ans d'un bégaiement survenu à la suite d'un coup de soleil à la tête; il est à noter que les deux frères de ce malade sont atteints de la même infirmité.

» Lorsque ce malade veut parler, il répète souvent la même syllabe; ses lèvres sont agitées de mouvements convulsifs, sa langue vient souvent se placer dans l'intervalle des arcades dentaires, sans toutefois les traverser; il met sept ou huit secondes pour dire *caporal*, *hors la garde*, *venez reconnaître*, etc.; deux ou trois secondes pour dire *Paris*. Il bégaie sur les labiales comme sur les linguales.

» Il éprouve quelquefois une telle diffi-

culté, qu'il est dans l'impossibilité de s'exprimer; et, par exemple, lorsqu'il va faire des commissions, souvent il est obligé de revenir sans avoir pu les remplir.

» Lorsqu'on étudie les mouvements de la langue dans l'articulation des consonnes, on trouve que celle-ci se place convenablement pour dire *le*, *ne;* elle se place dans les arcades dentaires pour *de* et *te;* dans l'articulation de *me*, *be*, *pe*, elle ne se retire pas en arrière des incisives inférieures. La langue se porte en avant dans les articulations de *e* et *é*, au lieu de se porter en arrière.

» Il est opéré le 4 mai par la méthode sous-mentale : le tendon et l'aponévrose du muscle génio-glosse sont coupés et refoulés en arrière, l'aponévrose maxillo-linguale est détachée de la mâchoire ; lorsque l'instrument est retiré, le malade ne peut pas faire sortir la pointe de la langue hors des arcades dentaires. Aussitôt après l'opération le malade parle librement, il n'est pas fatigué dans la journée ; la tumeur formée par l'accumulation du sang, et qui se développe au-dessous de la muqueuse en avant de la langue, ne gêne pas sa respiration ; les premiers jours, il a seulement un peu de peine à avaler, et sa salivation est abondante. Il sort le quatrième jour après l'opération.

» Le 23 mai, un de ses amis m'apprend qu'il ne bégaie plus du tout.

» Le 3 juin, un mois après l'opération, il revient me voir. Sa guérison est parfaite, le mouvement de la langue est un peu rétabli, la pointe de celle-ci ne peut cependant sortir de la bouche que de deux centimètres.

» En lui faisant répéter les sons élémentaires, sa langue prend les positions convenables dans l'articulation de *me*, *be*, *pe*, *en*, *e*, sur lesquels elle faisait de faux mouvements avant l'opération ; ce n'est que sur l'articulation du *te* que le malade s'est trompé ; il a maintenu la pointe de sa langue entre ses dents. Cette légère imperfection n'influe en rien sur la parole, qui est si libre, qu'on ne pourrait croire que le malade ait jamais bégayé. » (Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 397.)

M. Bonnet n'a vu qu'un seul opéré qui, bien que parfaitement guéri, avait la pointe de la langue derrière les dents incisives lorsqu'il prononçait *l*, *n*, *d*, *t*. En même temps la partie moyenne de l'organe s'élevait contre la voûte palatine.

Obs. 7. « Charles Gex, âgé de quinze ans, demeurant à Bulle, en Suisse, canton de Fribourg, est affecté d'un bégaiement qui date de deux ans, et qui est survenu à la suite d'une frayeur. Ce bégaiement paraît avoir augmenté avec l'âge ; il prononce les mots isolés, quels qu'ils soient, sans hésitation ; il récite couramment : ce n'est que dans la conversation et dans la lecture qu'on s'aperçoit de son infirmité, et son bégaiement consiste surtout dans la répétition des mêmes syllabes.

» Lorsqu'on lui fait prononcer les sons élémentaires *ne*, *de*, *te*, *le*, il porte la langue entre les dents.

» Le 1er juillet 1841, le malade a été opéré par la méthode ordinaire. Les suites de l'opération ont été des plus simples, et quarante-huit heures après il est sorti de l'hôpital, parfaitement guéri, sans conserver la moindre trace de son infirmité.

» Le 8 juillet, le malade est venu me donner de ses nouvelles, et j'ai constaté l'état suivant :

» Il parle avec netteté et facilité, il soutient la conversation sans hésiter, il lit couramment et sans répéter une seule syllabe ; en un mot, il est impossible, en l'écoutant, de soupçonner qu'il ait jamais bégayé.

» Lorsqu'il retourna en Suisse, ses parents étaient venus l'attendre à l'arrivée du bateau à vapeur. Ils furent si stupéfaits de l'entendre parler sans bégayer, qu'ils ne le reconnurent pas d'abord. Le docteur Paul Brun, de Lyon, qui connaissait l'enfant pour l'avoir vu opérer, dit qu'il avait été témoin d'une scène des plus attendrissantes ; tous pleuraient de joie.

» Quoique ce jeune homme soit radicalement guéri, sa langue cependant a conservé une position vicieuse dans l'articulation de certains sons élémentaires. Ainsi, quand on lui fait prononcer les consonnes *ne*, *de*, *te*, la pointe de la langue est accolée aux dents inférieures, tandis que la partie moyenne s'élève vers le palais.

» L'épanchement qui s'était formé au-dessous de la langue n'a persisté que quelques jours, et, en ce moment, celle-ci

ne peut dépasser que de huit lignes le bord libre des dents.

» Dans les premiers jours de septembre, son oncle est venu me donner de ses nouvelles, et m'a assuré que la guérison s'était toujours maintenue comme auparavant. » (Bonnet, *loc. cit.*, p. 403.)

A côté des succès complets, M. Bonnet place les améliorations, et explique cette différence dans les résultats par des raisons très spécieuses, mais sur lesquelles aujourd'hui il n'est plus permis de s'arrêter.

Quant aux bégaiements dépendant d'un trouble de la respiration, la section du génio-glosse échoue, et suivant M. Bonnet, si une opération convient ici, elle est encore à trouver. Voici un essai qu'il a nté dans cette direction.

Obs. 8. Léon Ecoffey, du canton de Fribourg, en Suisse, âgé de vingt et un ans, tempérament sanguin, bonne constitution, est devenu bègue à l'âge de six ans, à la suite d'une frayeur qu'il éprouva. Ce bégaiement diffère beaucoup de ce que l'on observe habituellement. Quand le malade parle, les mots sont interrompus par des mouvements convulsifs qui le forcent à rejeter la tête en arrière; une longue inspiration semble occuper cet intervalle, et pour exprimer par une comparaison vulgaire le vice de sa prononciation, il imite parfaitement le chien lorsque celui-ci prend avec la gueule avidement ce qu'on lui jette. Avec l'âge, cette difficulté dans la prononciation n'avait fait qu'augmenter. Il y a quelques années, ce jeune homme alla à Genève pour s'y faire traiter. Afin de chercher à maîtriser les mouvements de la langue, on lui avait attaché cet organe par un procédé approprié; mais, dégoûté par le peu de succès de cette méthode, le malade ne voulut pas continuer et retourna dans son pays. Il vit, il y a quelques mois, un de ses jeunes compatriotes qui avait été opéré par ma méthode sous-cutanée avec un succès complet; alors il se décida à partir pour Lyon. Il entra dans le service de M. Bonnet, le 30 octobre, et le 2 novembre il fut opéré. Comme son bégaiement paraissait lié avec es phénomènes expiratoires, on n'osait pas porter sur le résultat de l'opération un pronostic favorable.

La difficulté que nous avons décrite cessa immédiatement après la section du muscle génio-glosse; mais on ne se hâta pas trop de croire au succès, parce que l'on se rappelait qu'il suffit, pour produire un semblable résultat, de la présence du gonflement produit par l'épanchement.

Cependant le gonflement avait presque entièrement disparu, six jours après l'opération, et la guérison s'était maintenue complète. (Sorti le 8 novembre.)

M. Bonnet a suivi ses opérés dont la guérison avait été complète, et elle s'est maintenue chez tous, excepté chez un qui a vu revenir en partie son bégaiement. Chez les opérés qui n'ont été qu'améliorés, la récidive a été plus fréquente.

Nous ne saurions d'ailleurs mieux faire connaître la méthode de M. Bonnet et ses résultats qu'en reproduisant une partie du résumé qu'il a lui-même donné de son travail :

« Lorsque le bégaiement dépend, en totalité ou en partie, de la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, la section du génio-glosse est indiquée; lorsqu'il dépend de troubles dans les inspirations et les expirations, cette section est irrationnelle, et l'on ne connaît aucune opération qui soit en rapport avec la nature du mal.

» La section du muscle génio-glosse doit être faite par la méthode sous-mentale, en ayant soin, si cela est nécessaire, de détacher à leur insertion osseuse les aponévroses qui unissent la mâchoire inférieure et la langue.

» La preuve la plus positive de la section complète du génio-glosse est l'impossibilité où est le malade de tirer la langue hors de la bouche; ce signe doit servir de guide dans l'opération.

» La section sous-cutanée du muscle génio-glosse est très simple dans ses suites. Dans quelques cas très rares, dans le vingtième à peu près des opérations, on a observé un soulèvement de la langue par un épanchement sanguin qu'il importe de prévenir, mais qui n'a jamais eu d'issue funeste. C'est le seul accident qui soit propre à la méthode.

» Lorsque le bégaiement est dû à la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, la section du génio-glosse

produit une guérison presque assurée; lorsque la difficulté de parler dépend de troubles dans la respiration, cette section est complétement inutile.

» Les guérisons ou les grandes améliorations du bégaiement obtenues par la méthode sous-mentale se maintiennent constamment, à moins qu'elles n'aient coïncidé avec le soulèvement considérable de la langue, cas dans lequel le mal peut se reproduire à mesure que l'épanchement se dissipe et que la langue s'abaisse.

» Si l'on se bornait à opérer les malades qui ont moins de vingt-cinq ans, qui répètent les mêmes syllades, dont la langue a de la tendance à se porter entre les dents, et dont les inspirations et les expirations ne sont pas troublées dans l'exercice de la parole, on compterait presque autant de succès que d'opérations, et ces succès seraient durables.

» Mais si l'on opère indistinctement tous ceux dont la parole est difficile, et qui viennent demander les secours de l'art, on doit s'attendre à une grande proportion d'insuccès.

» Aujourd'hui, lorsque ces malades se présentent à moi, je leur exprime franchement mes doutes sur le résultat heureux de l'opération, et si, comme il arrive d'ordinaire, séduits par les succès dont ils ont été témoins ou dont ils entendent parler, ils insistent pour être opérés, je cède sans peine à leurs désirs; car si je ne réussis pas, il n'en résulte aucun inconvénient, et deux ou trois jours après l'opération ils reprennent leurs travaux ordinaires, sans avoir besoin d'aucune précaution particulière.

» Si la thérapeutique a fait une véritable conquête dans la section du génio-glosse, appliquée aux vices de la parole qui dépendent de la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, elle n'a rien gagné des opérations nouvelles pour les cas où la difficulté vient des troubles dans la respiration, et de la tendance que peut avoir la langue à se porter dans tout autre sens que celui où l'entraîne le génio-glosse.

» Mais c'est beaucoup déjà de distinguer ce qui appartient à la science et ce qui lui manque; de grands travaux sont encore nécessaires pour éclairer complétement la question du bégaiement. Les progrès rapides qui ont signalé cette année-ci sont un puissant encouragement pour l'avenir, et le gage des découvertes qui pourront remédier aux vices de la parole contre lesquels nos moyens actuels sont encore impuissants. » (Bonnet, *loc. cit.*, p. 426.)

Il est incontestable qu'il y a eu des guérisons momentanées et peut-être des guérisons permanentes, à la suite de la myotomie linguale; mais on s'est singulièrement abusé sur le nombre et la nature de ces résultats: la confiance qu'avaient les bègues dans l'opération a pu leur donner une assurance capable de faire cesser leur infirmité d'une manière plus ou moins durable; d'un autre côté, la modification imprimée à l'innervation a sans doute concouru à de tels effets. Toujours est-il qu'aujourd'hui, malgré les succès de Dieffenbach, de MM. Phillips, Amussat, Bonnet, Baudens, etc., l'opération du bégaiement est abandonnée, tant les résultats ont dû être peu soutenus, imparfaits. Ajoutons que l'opération par la méthode de M. Bonnet a eu quelquefois des suites alarmantes, et que par celle de Dieffenbach elle a dans plus d'un cas déterminé la mort. L'opération du bégaiement restera comme un enseignement; elle montrera qu'avant de multiplier les applications d'une méthode, il faut suivre jusqu'au bout les résultats des premiers essais, et ne pas s'égarer en prenant pour des succès des résultats incomplets.

Toujours en suivant l'ordre chronologique, nous allons revenir aux moyens purement orthophoniques, à la gymnastique vocale.

Méthode de madame Leigh et de M. Malbouche. — Bien que la méthode de M. Malbouche ne soit qu'une modification de celle de madame Leigh, on a essayé de faire disparaître peu à peu le nom de l'inventeur. (Magendie, art. BÉGAIEMENT, du *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IV, p. 63.)

Madame Leigh conseille de faire parler le bègue, la pointe de la langue relevée contre la voûte palatine. Au lieu de ce mouvement d'élévation partiel, M. Malbouche fait faire à tout l'organe un mouvement d'élévation. Mais c'est principalement des lèvres qu'il s'occupe: sa première règle consiste à prescrire aux bègues de parler en retirant les lèvres de telle

sorte que la bouche paraisse agrandie. Dans cette position les lèvres ne doivent exécuter que trois sortes de mouvements : 1° d'arrière en avant; 2° d'avant en arrière; 3° latéralement. Dès que la parole est achevée, les lèvres doivent être retirées en arrière et rester dans cette position jusqu'à ce que le sujet recommence à parler. Cette rétraction latérale des lèvres, le sujet doit s'habituer à la reproduire pendant la parole.

Au fond, c'est là toute la méthode de M. Malbouche, méthode unique, qu'il applique à toutes les variétés de bégaiement qu'il a établies :

M. Becquerel blâme avec raison l'empirisme, les contradictions du système Malbouche; et il s'explique de la manière suivante sur son inefficacité :

« On peut encore s'expliquer que des guérisons aient eu lieu, parce qu'en obligeant les bègues à parler très lentement il en résultait un obstacle à la libre sortie de l'air expiré en pure perte. Cette lenteur de la prononciation s'oppose du reste par elle seule à cette sortie anticipée de l'air expiré que nous avons dit constituer le bégaiement, et fait bien parler beaucoup de bègues. Voici plusieurs raisons qui peuvent expliquer la réalité des guérisons. Mais ces dernières ont-elles réellement eu lieu? Je n'en sais rien, et ne puis dire ni oui ni non. Ce que je puis affirmer, c'est que plusieurs des bègues qui sont venus me consulter à propos de la méthode Jourdant m'ont dit avoir été traités sans succès par M. Malbouche.

» Quoi qu'il en soit, je crois qu'on doit renoncer à cette méthode pour les raisons suivantes : 1° Elle est difficilement applicable; 2° il faudrait une force de volonté bien grande pour l'employer sans cesse; 3° il est bien difficile d'en contracter l'habitude; 4° enfin et surtout, la manière de parler qui en résulte est tellement embarrassée, difficile et empêchée, qu'elle est presque aussi désagréable que le bégaiement. » (Becquerel, *loc. cit.*, p. 102.)

Méthode de M. Colombat. — Le rhythme est la base de la méthode de M. Colombat. Ce moyen orthophonique n'exerce complétement son influence que dans le milieu des mots et des phrases ; c'est-à-dire que la mesure n'a réellement d'action contre le bégaiement que lorsqu'on est parvenu à articuler les premières syllabes, qui ordinairement décèlent le plus le vice de la prononciation. L'auteur a donc été obligé de préparer en quelque sorte l'action du rhythme ou de l'ordre par d'autres moyens. Il a recours en même temps à une espèce de gymnastique *pectorale*, *laryngienne*, *gutturale*, *linguale* et *labiale*, qui consiste à faire d'abord une forte inspiration et à retirer la langue dans le pharynx en portant autant que possible sa pointe relevée vers la voûte du palais, un peu en avant de la base de la luette, pendant qu'on écarte les lèvres, de manière à éloigner les commissures comme dans le rire. Il faut également avoir soin de ne parler qu'après l'inspiration, et garder autant qu'on le pourra une grande portion d'air dans la poitrine. Aussitôt que la syllabe rebelle est prononcée, le larynx et tous les autres organes de la parole doivent reprendre leur position naturelle, et l'on parle ensuite en mesure et on la bat en rapprochant le pouce de l'index.

Afin de mieux faire sentir la mesure, et surtout d'indiquer d'une manière précise la lenteur et la vitesse des temps qui la composent, M. Colombat a imaginé une sorte de compteur qu'il appelle *muthonome*. En général, pendant les premiers jours de traitement cet instrument doit battre la mesure d'abord à 60 oscillations par minute, en augmentant de 10 chaque jour pendant la première semaine, et ainsi de suite jusqu'à 160 ou 170 vers la fin du traitement.

M. Colombat insiste beaucoup sur la nécessité de parler en mesure et avec lenteur, de laisser un intervalle égal entre chaque syllabe, en conservant les inflexions naturelles de la voix, afin d'éviter la monotonie d'un langage mesuré et monotone.

Cet ensemble de moyens orthophoniques constitue une gymnastique vocale qui exerce une double influence physique et morale. Elle agit physiquement sur tous les muscles respirateurs, sur les poumons, sur le larynx, et particulièrement sur la glotte, sur la langue, sur les lèvres, enfin sur tout l'appareil vocal. L'inspiration, faite comme l'indique M. Colombat, a pour but de faire cesser la contraction spasmodique des cordes vocales en ouvrant

la glotte, en même temps qu'elle sert à distendre la poitrine par une grande quantité d'air, de manière à ce qu'il ne s'échappe des poumons que dans une expiration lente, qui doit avoir lieu graduellement et seulement pour fournir le son vocal.

« Ainsi que nous nous en sommes souvent assuré sur le cadavre, et comme tout le monde peut le vérifier sur soi-même, en portant le doigt sur la saillie dite *pomme d'Adam*, la position de la langue retirée et refoulée dans le pharynx, et sa pointe relevée comme nous l'avons indiqué plus haut, fait cesser le resserrement de la glotte, laisse les cordes vocales dans le relâchement, et par conséquent permet à l'air de sortir facilement. Cette position de la langue est si favorable, qu'elle met les bègues qui hésitent sur les lettres *gutturales*, *dentales*, *palatales*, dans l'impossibilité de bégayer, même le voulant bien, parce que le bégaiement qui se fait remarquer le plus souvent sur ces lettres ne peut avoir lieu lorsque l'organe phonateur est placé ainsi que je le conseille; tandis que cette infirmité inventée ou réelle se manifeste tout de suite lorsque la langue est en bas. Pour se convaincre de cela il suffit de remarquer que pendant leur hésitation, les personnes qui bégaient ont la pointe de la langue en bas ou en avant, et que lorsque nous voulons les imiter nous plaçons instinctivement le sommet de cet organe derrière les incisives inférieures. » (Colombat, de l'Isère, *loc. cit.*, p. 373.)

Enfin, par la tension transversale des lèvres, l'auteur se propose de faire cesser leur tremblement convulsif, qui a lieu lorsque, pour articuler les lettres labiales, les lèvres forment une espèce de sphincter curviligne. D'ailleurs, ajoute M. Colombat, comme les causes différentes ne produisent jamais les mêmes effets, il est facile de concevoir que les répétitions désagréables qui constituent le bégaiement, exigent certains mouvements et certaines positions nécessaires de la langue et des autres organes phonétiens, ne peuvent avoir lieu lorsque le mécanisme qui leur donne naissance se trouve remplacé par un autre tout à fait inverse. M. Colombat retrace les principes de son système en disant que pour la cause du bégaiement on doit employer un mécanisme et des positions des organes aussi opposées que possible à celle du même organe pendant l'hésitation.

Quant à l'influence morale de cette gymnastique, elle se fait surtout par l'effet de la mesure qui sert à fixer l'attention des bègues et à rétablir l'harmonie entre la pensée et la mobilité des organes destinés à la traduire par des sons.

Lorsque les moyens généraux qui précèdent sont insuffisants à surmonter la difficulté que présentent certaines lettres et certaines syllabes, surtout au commencement des phrases, on a recours à différents procédés orthophoniques que nous ferons connaître.

Un fait capital sur lequel M. Colombat insiste et présente comme un élément indispensable au succès, c'est que pendant *au moins quinze jours* les bègues ne parlent qu'avec le médecin ou avec les bègues qui se font traiter par la même méthode.

M. Colombat expose ainsi le mécanisme artificiel des lettres :

« Les voyelles A, E, I, O, U, OU, ON, IN, AN, EU, UN, qui n'arrêtent les bègues que dans les variétés *gutturo-tétaniques*, pourront être prononcées par eux, si après avoir fait une inspiration pour ouvrir la glotte, ils ont soin de faire précéder d'un E muet le son naturel qu'elles représentent. *a*, *e*, *i*, *o*, *u*, *ou*, *on*, *un*, *in*, se prononcent en passant légèrement et rapidement sur le son de l'E muet, comme il suit : *e*A, *e*E, *e*I, *e*O, *e*U, *e*OU, *e*ON, *e*IN, *e*AN, *e*UN. Le son que représente l'E muet étant celui que les bègues prononcent avec le plus de facilité, et étant d'ailleurs le plus propre à se combiner avec les autres lettres, nous a paru, sous ces deux rapports, l'artifice le plus convenable pour faciliter l'articulation des voyelles; d'ailleurs cette espèce de son supplémentaire disparaît peu à peu, et en quelques jours, les bègues n'ont plus besoin d'y avoir recours : ils perdent bientôt, sans s'en apercevoir, l'habitude de l'employer.

B.

» Cette consonne, qui arrête si souvent les bègues, sera facilement articulée par eux, s'ils ont besoin de laisser la langue

immobile dans la cavité buccale, en la fixant contre la face postérieure des dents incisives supérieures ; ils devront en même temps tendre les lèvres dans leur sens horizontal, de manière à éloigner leurs commissures ; enfin, ils ouvriront brusquement la bouche en articulant en même temps le son de la voyelle qui suit le B. Le son décomposé de cette lettre est précédé d'une sorte de frémissement sonore qui part du fond de la cavité buccale, suit le palais, et sort ensuite vivement, après avoir été modifié par les lèvres. Les bègues devront, pour avoir plus de facilité, ne pas oublier de faire entendre ce frémissement guttural dont nous venons de parler. Ce frémissement doit avoir le son de l'E muet, et la consonne B doit s'articuler ainsi qu'il suit : *eBe*.

C.

» L'articulation artificielle de cette lettre consiste seulement à adoucir le son qu'elle représente, et à diminuer les efforts et les contractions de tous les muscles de la poitrine, du larynx et du pharynx. On parviendra facilement à ce résultat en donnant au C le son suivant : *kche* A. Ce moyen, employé convenablement, change peu le son du C, et n'exige que quelques jours pour qu'on puisse donner sans hésitation à cette consonne le son naturel qu'elle représente. Le C avec ou sans cédille se prononce comme S. (Voyez cette lettre.)

D.

» Le D s'articule facilement en retirant fortement la langue au fond de la bouche, ayant soin ensuite de faire glisser la face inférieure de cet organe le long du palais, jusqu'à ce que son sommet aille frapper les dents incisives supérieures. Les bègues devront exagérer le mécanisme de cette lettre, en faisant précéder le son qu'elle représente d'une espèce de frémissement sonore qui les facilitera beaucoup : ce frémissement, qui imite le son de l'E muet, est d'autant plus important qu'il a lieu dans l'articulation naturelle du D. Si on ne l'aperçoit pas, c'est qu'il se fait trop rapidement. L'oubli de ce frémissement est souvent une des principales causes de l'hésitation, non seulement sur le D, mais encore sur les lettres B, G, J, L, M, N, V. Le D devra donc s'articuler ainsi : *eDe*, en même temps qu'on rapprochera les lèvres en éloignant leurs commissures, comme si l'on voulait rire.

F.

» Pour la lettre F il faudra exagérer son mécanisme naturel, en retirant fortement la mâchoire inférieure, qu'on élèvera ensuite aussi haut que possible vers l'arcade dentaire supérieure, de manière à ce que les dents aillent se fixer vers la base du menton comme pour mordre cet organe ; l'air doit être chassé brusquement, et les lèvres doivent prendre rapidement leur position naturelle.

G doux.

» Comme le J. (Voyez plus bas.)

G dur.

» Cette consonne s'articule comme le C dur, mais il faut joindre à son mécanisme le frémissement sonore dont nous avons déjà parlé. Le G représente le son *eGue*.

J.

» Cette lettre s'articule en chassant l'air avec force, après avoir porté la pointe de la langue au palais, et avancé les lèvres comme pour faire la moue : ce mécanisme doit être précédé du frémissement sonore de la glotte ; ce qui donnera à cette lettre le son de *eJe*.

L.

» Pour cette lettre, il faut d'abord élever la langue vers le palais, et la renverser le plus qu'on pourra, ayant soin de lui faire exécuter un mouvement brusque qui, en frappant la voûte palatine, imite à peu près le mouvement de la langue d'un chat quand il boit ; les lèvres, tendues transversalement, devront rester aussi immobiles que possible. Le son de L, qui est également précédé d'un frémissement sonore, fait *eLe*.

M.

» Cette consonne, également précédée du frémissement sonore, sur lequel on ne saurait trop insister, s'articulera facilement en fixant le sommet de la langue au-dessus des alvéoles de la mâchoire supérieure, afin de chasser l'air en partie par le nez ; on aura soin ensuite d'agrandir

horizontalement l'orifice buccal en éloignant les commissures des lèvres, qui devront à peine se toucher légèrement, en même temps que la mâchoire inférieure fera un mouvement rapide d'abaissement pour articuler *e*M*e*.

N.

» Pour articuler cette lettre, il faudra porter la plus grande attention à laisser les lèvres et la mâchoire inférieure dans l'inaction la plus absolue; la pointe de la langue devra être portée vers le voile du palais, de manière à chasser l'air dans les fosses nasales, et à faire glisser le sommet de l'organe phonateur jusqu'à ce qu'il arrive à la face postérieure des dents incisives supérieures; l'abaissement de la langue devra également être précédé d'un frémissement des cordes vocales qui imite l'E muet, et qui donnera à l'N le son de *e*N*e*.

P.

» Le P est plus explosif que le B, et n'est pas précédé, comme ce dernier, d'un frémissement sonore. Pour l'articuler facilement, il suffit de rentrer la lèvre supérieure dans la cavité buccale, et de la placer comme si l'on voulait la mordre; l'air sera chassé brusquement en abaissant vivement la mâchoire inférieure.

Q.

» Le Q et le K s'articulent comme le C dur. (Voyez cette lettre.)

R.

» Cette consonne, que les bègues devront articuler *e*R*e*, à cause du frémissement de la glotte, se prononce en repliant supérieurement la langue, de manière à ce que sa face dorsale soit concave, et sa pointe portée vers le palais le plus en arrière possible; l'air sera chassé avec force, et l'organe phonateur, mis en mouvement, devra céder avec une sorte d'élasticité qui fera revenir la langue rapidement sur elle-même aussi longtemps que l'on voudra prolonger l'espèce de roulement que cette lettre représente. Il faudra, de plus, avoir soin, pour éviter le grasseyement, de laisser dans l'inaction la plus complète la base de la langue, et de faire en sorte que les lèvres et la mâchoire restent tout à fait immobiles.

S.

» L'S s'articule en plaçant la pointe de la langue contre les dents incisives supérieures, de manière à ne laisser qu'une petite issue à l'air, qui doit être chassé avec force, mais s'échapper en petits filets qui doivent produire le sifflement S*e*.

T.

» Cette consonne, qui est plus explosive que le D, n'étant pas, comme lui, précédée d'un frémissement de la glotte, s'articule facilement si l'on frappe fortement avec la langue renversée le milieu de la voûte palatine, et si en même temps on abaisse brusquement la mâchoire inférieure.

V.

» Le V sera articulé facilement par les bègues, s'ils ont soin de retirer en arrière la mâchoire inférieure sur laquelle devront appuyer les dents incisives supérieures, de manière à ne laisser échapper de l'air que par les commissures des lèvres. Alors, en chassant ce fluide avec force, il en résultera un sifflement qui devra, comme dans beaucoup d'autres consonnes, être précédé d'un frémissement sonore de la glotte; une sorte d'explosion complétera l'articulation du V aussitôt que les mâchoires seront écartées. Le son de cette lettre doit être représenté ainsi : *e*V*e*.

Z.

» Le Z s'articule en portant le bout de la langue au niveau de la base des dents incisives de la mâchoire supérieure, et en faisant précéder cette articulation du frémissement sonore de la glotte, comme dans le V. » (Colombat, *Traité de tous les vices de la parole, et en particulier du bégaiement*, p. 376.)

M. Colombat conseille contre chacune des variétés du bégaiement qu'il a établies un traitement particulier.

A. Genre labio-choréique. — *Première variété*, ou *bégaiement avec bredouillement*. — Employer la mesure de 100 à 110 oscillations du *métronome* ou du *métionome* de Maëlsel, ce qui est à peu près la même chose.

Deuxième variété. — *Labio-choréique difforme*. — Tirer en arrière les angles des lèvres, inspirer en relevant la langue, rester sur la première syllabe, et mettre

un intervalle entre cette première syllabe et les autres.

Troisième variété. — Labio-choréique aphone, ou *bégaiement des femmes.* — Porter les mâchoires rapprochées au moyen d'une petite plaque d'ivoire placée entre les dents, qui devront se serrer et s'opposer à ce que la plaque s'échappe; remplir la poitrine d'air avant de parler, et *surtout* syncoper toutes les syllabes, en employant faiblement la mesure en deux temps.

Quatrième variété. — Labio-choréique lingual. — Inspirer largement et articuler en abaissant fortement la mâchoire inférieure, et en fixant la pointe de la langue à la voûte palatine, un peu au-dessus des incisives supérieures; employer dans quelques cas la fourchette d'Itard ou le refoule-langue de M. Colombat pour faire exécuter ce mouvement à l'organe.

B. Genre gutturo-tétanique. — *Première variété,* ou *bégaiement muet.* — Empêcher, par les moyens indiqués à la variété précédente, la sortie de l'air par les fosses nasales; inspirer largement et chanter la première syllabe.

Deuxième variété. — Gutturo-tétanique intermittent. — Inspirer largement, et tenir les muscles pectoraux toujours contractés, comme quand on veut se grossir; employer les moyens de la première variété en restant un peu moins sur la première syllabe.

Troisième variété. — Gutturo-tétanique choréiforme. — Mesure, inspiration, renversement de la pointe de la langue vers la luette, méthode générale qui suffit seule s'il n'y a pas de complication.

Quatrième variété. — Gutturo-tétanique canin. — Inspirer avant de parler, chanter toutes les syllabes, de manière que le son de chacune d'elles change et passe alternativement d'une note à l'autre, en laissant entre elles l'intervalle d'une seconde ou encore mieux d'une tierce, par exemple le *fa* et le *la*. Pour empêcher que l'air s'épuise sur la première syllabe, il faudra l'articuler rapidement, et laisser l'intervalle d'une mesure entre elle et les autres, qui devront être coulées et unies ensemble.

Cinquième variété. — Gutturo-tétanique épileptiforme. — La méthode générale, et surtout la mesure.

Sixième variété. — Avec balbutiement. — Très souvent compliquée d'une affection cérébrale, cette variété est très difficile à guérir, et parfois incurable. Ce qui rend encore le succès difficile, c'est le peu d'intelligence et de mémoire des bègues de cette catégorie. Cette variété réclame la méthode générale appliquée avec une grande persévérance de la part du sujet et du médecin.

Avant d'appliquer la méthode, on s'assure que la langue n'offre pas de vice organique, et si le sujet chante sans bégayer, ce qui est d'un bon pronostic.

Méthode de M. Jourdan. — M. Becquerel s'est approprié cette méthode en la rendant scientifique et en la perfectionnant. Voici comment il en expose les principes :

« Le bégaiement proprement dit est dû, selon nous, à la sortie simultanée d'air expiré simplement et de la parole; son point de départ peut être placé dans une affection dynamique des muscles de la respiration. Les pertes d'air qu'on observe chez les personnes qui en sont affectées, les mouvements convulsifs des muscles de l'articulation des sons, la difficulté très grande de prononcer certaines syllabes, la répétition plus ou moins fréquente d'autres, ne sont, en général, que la conséquence de la sortie prématurée et intempestive d'air qui n'est pas employé à la formation du son et de la parole, sortie qui a lieu en même temps que ces derniers se produisent.

» Pour guérir cette affection, il s'agit de faire disparaître la cause première, ou, si l'on veut, d'empêcher l'air de sortir en pure perte, et de faire en sorte qu'il soit tout entier employé à la formation du son et de la parole. Il s'agit, en un mot, de retenir l'air qui s'échappe quand on parle. Jusqu'ici tout cela est très clair, et l'on comprend que si telle est la cause du bégaiement, on doive en guérir en retenant cet air. Mais aussi comment pourra-t-on l'empêcher de sortir? C'est là précisément ce qu'il est très difficile d'expliquer, et que les personnes qui s'expriment comme tout le monde ne pourront peut-être pas parfaitement saisir. Chez celles-ci, en effet, la parole normale est une fonction presque automatique. Elles parlent sans s'occuper

de quelle manière, et sans penser au mécanisme qu'elles exécutent pendant ce temps. Aussi, en lisant cette description, je ne m'étonnerais pas qu'elles ne soient prises d'un sentiment d'incrédulité, et ne puissent comprendre qu'un acte auquel elles n'ont jamais fait attention (l'*expiration*) pût être vicié de manière à produire le bégaiement : peut-être même concevrontelles encore qu'il soit donné à quelqu'un d'exercer sa volonté sur un acte aussi automatique que l'expiration. Quant aux bègues, c'est tout autre chose. En leur indiquant que telle est la cause de leur affection, ils verront de suite qu'on est tombé juste; en examinant avec attention ce qui se passe chez eux, ils s'apercevront que telle est la cause de leur bégaiement, et ils comprendront la nécessité de cette retenue, parce qu'ils auront le sentiment qu'elle leur est nécessaire.

» Cette exposition étant assez difficile, je supposerai pour la description que je vais faire qu'il s'agisse de démontrer à un bègue la manière dont il doit s'y prendre pour bien parler; j'espère ainsi me faire mieux comprendre.

» Lorsqu'on examine quelqu'un qui parle, on peut observer chez lui la série des phénomènes suivants : Il fait d'abord une inspiration; il y a ensuite un petit silence extrêmement court, et presque inappréciable, puis il commence à parler; et pendant tout le temps que dure l'émission de la parole, il n'y a aucun courant d'air expiré appréciable pour l'observateur, ou, pour me servir d'une expression moins scientifique, il n'y a aucun souffle. L'air est employé tout entier à la production de la voix et de la parole; pendant tout ce temps, la poitrine ne s'affaisse que très lentement, parce que l'air sort luimême avec lenteur. Pour observer la suite des phénomènes, on doit admettre deux cas : 1° l'individu cesse de parler quand la phrase est terminée; 2° ou bien il continue.

» 1° *Il cesse de parler.* — Si la phrase est courte, il n'aura pas épuisé tout l'air qui peut sortir de la poitrine par une expiration ordinaire. Cet air, cependant, ne peut y rester, car il faut que l'expiration s'achève; aussi, après avoir terminé sa phrase, il le chassera par une petite expiration simple: puis il respirera ensuite comme à l'ordinaire. Si la phrase est plus longue, la quantité d'air destinée à une expiration sera employée tout entière à la formation de la voix et de la parole, et l'individu qui parle arrivera à la fin, ayant employé justement tout l'air dont il pouvait disposer. La plupart du temps cependant, il en reste une petite quantité; aussi la petite expiration terminale dont je parlais tout à l'heure est-elle presque insensible. Une fois la phrase terminée, il fera une nouvelle inspiration; puis la respiration continuera à se faire comme à l'ordinaire.

» 2° *Il continue de parler.* — Dans ce cas, on observe exactement la même série de phénomènes, et nous ne pourrions que répéter la même chose; nous ajouterons seulement que lorsqu'une ou plusieurs phrases seront terminées, et que la quantité d'air disponible aura été employée à la formation de la parole, il recommencera la même série, c'est-à-dire qu'il fera une nouvelle inspiration, parlera de nouveau, et ainsi de suite. Il y a toutefois une chose importante à observer : c'est que cette quantité d'air disponible n'est jamais employée en entier par l'individu qui parle; il prend en quelque sorte ses précautions et fait une nouvelle inspiration avant qu'il soit tout à fait épuisé. Cette inspiration nouvelle est toutefois précédée d'une très légère expiration qui termine la phrase ou le membre de phrase précédent, comme cela aurait lieu pour une phrase isolée. Voici donc, en résumé, comment un individu qui parle un peu longtemps dispose sa respiration : 1° inspiration; 2° légère pause; 3° parole; 4° expiration légère, et ainsi de suite. Tout ce que je viens d'exposer est le résultat d'une analyse exacte de la parole, et bien que délicate, elle n'en est pas moins vraie. Toute personne qui voudra le constater pourra le faire immédiatement et avec la plus grande facilité. Cette analyse est peut-être difficile à saisir, mais elle est très importante, et l'on ne doit pas la perdre de vue pour la cure du bégaiement.

» Tel est le mécanisme de la respiration chez une personne qui parle librement. Pour être délivré de son infirmité, il faut qu'un bègue en vienne à imiter en tous points ce mécanisme dans sa manière de

parler, d'abord en y songeant, puis ensuite sans y penser, cette imitation étant devenue pour lui une habitude. Il n'est pas très difficile d'arriver à ce résultat, parce que la nouvelle habitude qu'il s'agit de contracter n'est point artificielle; elle est, au contraire, tout à fait naturelle, et fait rentrer les bègues dans un état tout à fait normal. Toute la difficulté consiste dans la retenue de l'air. Nous allons démontrer comment on peut l'opérer.

» Le bègue qu'il s'agit de guérir ayant bien compris l'analyse de la parole telle que je viens de la donner, on lui dira : Faites attention à l'inspiration physiologique initiale de toute parole; une fois que vous l'aurez effectuée (et elle ne différera de l'état normal qu'en ce que vous y aurez fait attention); une fois, dis-je, cette inspiration effectuée, arrêtez-vous un instant; votre poitrine est dilatée, votre abdomen légèrement saillant (par suite de l'abaissement du diaphragme). Mettez-vous alors à parler, en tâchant de rester dans cette position, et en essayant de vous opposer à l'affaissement de l'abdomen tant que durera votre discours. La poitrine n'est point maintenue dilatée et l'abdomen saillant d'une manière complète et absolue; car, à mesure qu'on avance dans la phrase, ces parties reviennent lentement et légèrement sur elles-mêmes. Il faut toutefois s'efforcer de les maintenir autant que possible dans cette position, et faire en sorte que lorsque vous aurez terminé la phrase, il reste encore assez d'air dans votre poitrine pour que vous puissiez chasser ce reste par une expiration active dont vous aurez la conscience, de même que pour les phénomènes précédents.

» Voici, en somme, de quelle manière il faudra parler : inspirer légèrement comme dans l'état physiologique, faire une toute petite pause, puis se mettre à parler, en observant sans cesse de maintenir la poitrine dilatée et l'abdomen légèrement saillant. Pour produire cet effet et le faire persister pendant tout le temps que l'on parle, il suffit d'y penser et de faire un léger effort. D'après ce que j'ai observé, on peut, à la rigueur, se contenter de ne songer qu'à maintenir, l'abdomen légèrement saillant. Voici pour quelle raison. Lorsqu'on respire normalement, la cavité thoracique se dilate exactement en même temps que le diaphragme s'abaisse; et ces parties reviennent également ensemble à leur position normale pendant que l'expiration se produit. En maintenant donc seulement le diaphragme abaissé par une légère projection de l'abdomen en avant, on force également la poitrine à rester dilatée, et cela sans avoir besoin d'y penser, parce que ces deux effets sont corrélatifs et marchent ensemble; il y a d'autres cas dans lesquels on peut, plutôt encore que dans le précédent, se contenter de songer à la simple projection de l'abdomen en avant. Chez quelques individus bègues, en effet, les parois thoraciques ne s'affaissent pour produire l'expiration, qu'après que le diaphragme a repris sa position normale. Il suffit donc alors de maintenir ce dernier abaissé, parce que tant qu'il restera dans cette position, les parois thoraciques ne reviendront pas sur elles-mêmes; il faudrait de très grands efforts pour changer cet ordre; or il n'en faut pas pour se guérir du bégaiement.

» Un des préceptes les plus importants de la méthode est d'opérer cette retenue d'air, ou plutôt la dilatation du thorax et l'abaissement du diaphragme avec le moins d'efforts et le moins de roideur possible, et de parler de même, c'est-à-dire en évitant de mettre trop de force et trop d'énergie dans la manière de s'exprimer.

» Pour appliquer la méthode avec plus de facilité, M. Jourdant divise la phrase ou le membre de phrase pour lequel il faut une inspiration et une expiration en trois temps, premier temps, l'inspiration et la pause; deuxième temps, la phrase ou le membre de phrase prononcé en même temps qu'on maintient le diaphragme abaissé et la poitrine dilatée; troisième temps, expulsion de l'air qui reste encore dans la poitrine par une expiration active. Il conseille en même temps de marquer ces trois temps avec le pouce : cet artifice suffit, en général, pour constituer un moyen mnémonique de la méthode, pour fixer davantage l'attention du bègue, et le forcer en quelque sorte à l'employer. M. Jourdant recommande aussi de chercher toujours à conserver le plus d'air possible pour l'expiration finale. En ayant

donc sans cesse cette pensée présente à l'esprit, on est nécessairement obligé d'employer l'air avec beaucoup de ménagement, pour qu'il en reste à la fin, et par conséquent on ne bégaie pas.

» Il ne faut pas croire qu'on parvienne du premier coup à bien parler suivant cette méthode : il faut en général plusieurs jours d'essais, de tâtonnements, de difficultés à vaincre. Dans les premiers instants il est presque impossible de la mettre en usage ; mais en essayant, en persévérant, on finit toujours par y arriver, et une fois qu'on est parvenu à en bien saisir le mécanisme, on est toujours tenté d'en continuer l'application : car le bègue, au lieu d'être fatigué de cette manière de s'exprimer comme il l'était par sa difficulté, se sent au contraire à son aise; la respiration est plus libre, plus facile, et tout l'encourage à persister dans cette habitude.

» Telle est la base de la méthode Jourdant. Je me suis borné à tracer les préceptes généraux et les règles à suivre dans l'application ; il se présentera sans doute, pour ceux qui voudront la mettre en usage, des cas particuliers dans lesquels il faudra peut-être la modifier légèrement. Ce sont des détails dans lesquels il est très difficile d'entrer ici, attendu qu'il est possible qu'ils varient pour chaque individu; le fond de la méthode est cependant toujours le même, et ce que j'ai dit suffit pour opérer la guérison des bègues lorsqu'on voudra la tenter. » (Becquerel, *Traité du bégaiement et des moyens de le guérir*, p. 118.)

Les bègues que l'on soumet à la méthode Jourdant doivent parler vite, surtout dans les premiers temps. Mais, suivant M. Becquerel, cette condition n'est pas indispensable, et l'on voit des sujets qui, tout en en faisant usage, parlent aussi vite qu'ils le veulent. Cependant c'est une facilité dont il ne faut pas abuser ; et il faut toujours même s'étudier à parler avec lenteur.

Cette méthode, dit M. Becquerel, suffit pour toutes les variétés de bégaiement, sans qu'on ait en général besoin de la modifier pour les cas particuliers. Cependant, il arrive que certaines lettres continuent à se montrer rebelles. Alors il faut s'attacher à apprendre au bègue le mécanisme de la prononciation de ces lettres; en s'étudiant lui-même, le médecin pourra trouver ce mécanisme, mais il fera bien de se laisser guider par les recherches de M. Gerdy et de Muller.

L'expérience de la méthode Jourdant a conduit le docteur Becquerel à modifier l'explication jusqu'ici donnée d'un des caractères les plus singuliers du bégaiement, c'est-à-dire la cessation du bégaiement pendant le chant; on avait cru rendre compte de ce fait par l'influence de la mesure. Sans nier cette cause, M. Becquerel fait observer que le chant est moins articulé que la parole; qu'ensuite, avant de chanter, on fait une large inspiration, et qu'on ménage l'air en ne le dépensant que graduellement : ce qui est précisément la base de la méthode Jourdant.

Après avoir fait connaître cette méthode, il nous reste à exposer les conditions de son succès; c'est ce que nous allons faire, tantôt en reproduisant textuellement, tantôt en analysant l'ouvrage du médecin qui s'est chargé de l'exposer. Nous nous efforcerons d'ailleurs de ne pas laisser de lacune.

« *Exposé des circonstances indispensables pour le succès de la méthode Jourdant.*

» Il est un certain nombre de circonstances auxquelles j'attache la plus grande importance, et qui peuvent contribuer pour beaucoup au succès des cures qu'on entreprend. Réunies, elles peuvent faire présager un succès complet, certain et durable. Ces mêmes conditions, possédées à un moindre degré, diminuent certainement les chances d'une bonne guérison, mais elles sont bien loin de devoir y faire renoncer. Nous allons successivement les examiner.

» 1° *L'individu qu'on veut guérir doit être bien persuadé qu'il bégaie, qu'il s'exprime avec une difficulté pénible pour ceux qui l'écoutent, et qui peut lui nuire dans une foule de circonstances.* — Or, cela ne se trouve pas toujours. J'ai vu des individus parler en faisant des grimaces horribles, et qui m'affirmaient n'avoir qu'un léger défaut dans la prononciation, défaut qui ne les gênait en rien ; d'autres le nier même complétement. Je me rappelle surtout un cordonnier habitant Paris, et qui m'avait été désigné comme très bègue. Avant de

présenter la méthode Jourdant à l'Académie des sciences, je désirais faire quelques expériences pour constater son efficacité sur un certain nombre de bègues; je me rendis donc chez lui. La première chose qu'il me dit, en faisant d'affreuses grimaces, fut qu'il avait bégayé autrefois, mais qu'il s'était guéri depuis plus de quinze ans, en mettant des cailloux dans sa bouche. Lui ayant fait observer qu'il lui restait cependant une *légère difficulté de parler*, et qu'il serait peut-être bien aise d'en être débarrassé, il me répondit que cela le gênait tellement peu qu'il ne donnerait pas certainement une heure par jour de son temps, pendant un mois, pour en être délivré, et c'était précisément le temps qu'on lui demandait pour le guérir. On doit bien penser que j'eus bien vite renoncé à mon projet à son égard.

» Ce qui s'est passé pour cet homme bègue au plus haut point s'est présenté plusieurs fois à moi, mais d'une manière moins frappante. Or, vouloir guérir de tels individus serait perdre son temps, et l'on pourrait être presque assuré d'avance de l'insuccès. On devra toutefois, avant de les abandonner complétement à leur mauvais sort, essayer de leur faire comprendre à quel point ils bégaient, et combien cette difficulté peut leur être nuisible dans une autre circonstance; s'ils résistent, il est inutile d'insister, et il vaut certes mieux ne pas les traiter. » (Becquerel, *Traité du bégaiement et des moyens de le guérir*, p. 128.)

2° *Pour arriver à une guérison complète, il faut que les bègues qu'on désire traiter soient doués d'une certaine intelligence.* — Les facultés intellectuelles des bègues ont besoin d'être développées, pour comprendre non seulement la cause du bégaiement telle qu'on la leur expliquera, et la méthode de traitement qu'ils doivent suivre pour la faire disparaître, mais encore pour saisir et acquérir les diverses qualités morales qui sont nécessaires pour contracter la nouvelle habitude et être guéris radicalement. Cependant on ne devrait pas se rebuter en commençant, et l'on parviendra peut-être au résultat qu'on désire obtenir par la persévérance qu'on mettra à instruire des personnes qui ont l'intelligence peu développée, et à leur faire contracter presque malgré elles la nouvelle manière de parler. L'exemple qui suit prouve ce qu'on peut faire à cet égard. A l'époque des expériences dont il a été question tout à l'heure, M. Becquerel choisit un individu affecté d'un bégaiement ouvert, très caractérisé et très pénible : c'était un commissionnaire, homme épais, lourd, très peu intelligent. Il consentit à venir chez M. Jourdant une heure par jour, pour être traité de son infirmité: pendant quinze jours il y vint en effet; au bout de ce temps, M. Becquerel vit cet homme, qui avant parlait horriblement mal, s'exprimer, en employant la méthode, avec une facilité étonnante. Il dit à M. Becquerel que, revenu chez lui, il parlait très bien et facilement tant qu'il suivait les règles qui lui avaient été enseignées, mais qu'il retombait dans son ancien défaut dès qu'il venait à les oublier. « Je n'en ai pas encore l'habitude, dit-il, et je ne sais si je la contracterai; mais c'est une gêne très grande pour moi, et qui d'ailleurs me prend un peu de temps tous les jours; j'aime donc autant ne pas me fatiguer à essayer de la contracter; d'ailleurs, je parle assez bien pour mon état. » Cet homme ne voulut pas revenir. M. Becquerel le vit quelque temps après; il lui dit qu'il parlait mal, qu'il s'exprimait avec facilité dès qu'il voulait penser à la méthode qui lui avait été enseignée. Voilà donc un homme qui ne voulut pas être guéri radicalement, et qui, malgré son peu d'intelligence, avait, si l'on peut s'exprimer ainsi, sa guérison dans les mains. Or, si l'on eût eu affaire à un individu placé dans une sphère sociale plus élevée, qui eût eu besoin, pour la carrière dans laquelle il était placé, d'être délivré de son infirmité, et qu'on l'eût pour ainsi dire forcé à contracter l'habitude nouvelle, il est certain qu'on aurait pu compter un succès de plus.

Il faut donc plus de temps et de persévérance de la part de celui qui entreprend la cure des bègues qu'on veut guérir.

« 3° *Le bègue doit sentir la nécessité de guérir.* — On comprend qu'un bègue qui se sent arrêté dans sa carrière, dans ses entreprises, qui ne peut avancer enfin en raison de sa difficulte de parler, doit désirer guérir plus ardemment que d'autres.

et doit y mettre plus d'activité, de persévérance, et par conséquent obtenir un succès plus marqué et plus durable. Une circonstance qui m'a semblé exercer une grande influence est celle du désir de contracter un mariage pour lequel la difficulté de la parole est un obstacle à peu près certain. Oh! dans ce cas, on possède un auxiliaire puissant, et l'on a beaucoup plus de chances de guérir le bègue placé dans cette condition. Je parle de cette circonstance, parce que depuis trois mois j'ai eu deux fois l'occasion de la constater.

» 4° *Le bègue doit avoir du courage et de la persévérance pour contracter l'habitude nouvelle.* — Il ne suffit pas d'avoir l'intelligence nécessaire pour comprendre la méthode, le désir de la voir réussir, et le besoin d'être débarrassé de son infirmité; il faut encore avoir assez de courage et de persévérance pour s'astreindre pendant un certain temps à employer continuellement la manière nouvelle de s'exprimer, à ne pas parler sans la suivre, et cela n'est certes pas facile; mais si l'on possède cette qualité, on sera presque certain de guérir rapidement. Il est un précepte de la plus haute importance, et que le bègue, traité par cette méthode, ne doit jamais perdre de vue, c'est le suivant : lorsqu'il est ému et qu'il désire parler, il devra mieux ne pas le faire que de bégayer; il s'arrêtera donc un instant, songera à la manière dont il doit s'exprimer, et ce temps d'arrêt lui permettra de prendre, en quelque sorte, des précautions pour parler suivant la méthode. Dans de telles circonstances, il devra observer de parler plus lentement encore que dans d'autres. Lorsqu'au milieu d'une phrase un bègue s'aperçoit, et cela arrive presque toujours, qu'il va s'exprimer avec difficulté, et qu'une consonne ou qu'un mot doit l'embarrasser, il n'y a pas à balancer, il faut qu'il s'arrête court et qu'il recommence immédiatement la phrase, en la prononçant mieux et d'après les préceptes qui lui ont été donnés. Il est infiniment préférable de suivre cette marche plutôt que de bégayer. Cette observation, du reste, n'est utile que pour un certain temps, et jusqu'à ce que le bègue ait contracté l'habitude de la méthode nouvelle, car alors il n'aura plus besoin de s'en occuper.

» Les détails dans lesquels je viens d'entrer, suffisent pour prouver toute la force de caractère qu'il faut souvent pour penser continuellement à la même chose pendant un certain temps; mais plus on y pensera, plus on s'y appliquera, et plus court aussi sera le temps qu'il faudra pour la guérison. On peut certainement être délivré de son infirmité avec moins de force d'esprit et moins de persévérance; mais ces deux qualités doivent être supplées par *un temps plus long d'exercices.*

» 5° *Le bègue ne doit pas être timide.* — La timidité, ai-je dit, est une des circonstances qui influent le plus sur le bégaiement et qui tendent surtout à l'augmenter. Or, cette défiance d'eux-mêmes qu'ont un certain nombre de bègues est un écueil pour la cure de leur affection; car, placés dans de telles circonstances, le souvenir de leur bégaiement, la crainte de parler mal, et celle de ne pas suivre exactement les préceptes qui leur ont été donnés, les empêcheraient quelquefois de s'y conformer; et en effet il pourra arriver que ceux-là même qui, quelques instants auparavant et dans l'intimité parlaient avec beaucoup de facilité en suivant la méthode, ne s'expriment plus ensuite que difficilement. Cette défiance est certainement un grand écueil qu'on ne pourra leur faire éviter qu'en leur persuadant bien qu'ils doivent parler avec facilité si on les place dans les mêmes circonstances; cette persuasion leur donnera de la confiance en eux-mêmes, et plus ils la possèderont, mieux ils s'exprimeront. » (Becquerel, *loc. cit.*, p. 131.)

6° *L'état moral des bègues.* — Une circonstance importante, et à laquelle on ne saurait accorder une trop sérieuse attention, est celle dont il est maintenant question. Il arrive souvent que, si la personne qu'on veut traiter est intelligente et sent vivement, cette affection est pour elle la cause d'un chagrin continuel; elle réagit sur toute son existence, lui fait éprouver un découragement complet pour tout ce qu'elle veut entreprendre, et imprime une certaine tristesse à son caractère qu'il lui est difficile d'écarter; en un mot, on est démoralisé. Presque toujours une grande timidité accompagne un tel état; ce qui fait qu'on a en même temps, dans les cas de ce genre, deux obstacles à vaincre. Ces

obstacles sont une des circonstances qui s'opposent le plus à la guérison radicale du bégaiement, et qu'il est plus difficile de faire disparaître. Toutefois on ne doit pas se laisser rebuter; il faut essayer de convaincre les bègues que certainement ils peuvent guérir, et qu'ils doivent faire tous leurs efforts, employer toute leur intelligence (car ordinairement ceux-là en ont beaucoup) et toute leur volonté pour atteindre ce but. Dès qu'ils auront cette confiance, et qu'ils espéreront réussir, oh! alors, on aura fait un grand pas et l'on pourra beaucoup espérer.

« 7° *L'âge.* — Peut-on guérir les bègues, quel que soit leur âge? C'est une question qui est importante et qu'il est de mon devoir de discuter ici. Les enfants guérissent difficilement avant dix ans; je pense qu'il est préférable de ne pas essayer d'appliquer la méthode, parce qu'on serait à peu près assuré de l'insuccès. Cependant il ne faut pas se prononcer d'une manière trop absolue à cet égard, et je crois que dès l'âge de huit ans, si les jeunes sujets dont on veut se charger sont doués d'une vive intelligence, on peut tenter de faire disparaître le bégaiement. M. Jourdant a déjà guéri, il y a quelque temps, un enfant de huit ans, et à l'instant où j'écris ces lignes, il a chez lui un jeune enfant qui est en traitement depuis quinze jours, et parle déjà fort bien. Je crois toutefois que pour les jeunes sujets de cet âge, on doit craindre que le bégaiement ne récidive, qu'il faut plus de temps, plus de patience, et surtout ne pas les perdre de vue jusqu'à ce qu'ils aient atteint quinze ou seize ans, pour combattre le bégaiement, dès qu'on observera les traces de la moindre rechute. Tout ce que je viens de dire d'une manière exceptionnelle pour les enfants de huit à dix ans est généralement applicable aux jeunes sujets de dix à quinze ans. L'intelligence de ces derniers sera la seule règle qui devra guider la personne qui se chargera de faire disparaître le bégaiement.

» Au delà de cette époque, la période de la vie comprise entre quinze et quarante ans est celle où l'on a le plus de chances de guérir cette affection, et tout ce que j'ai dit plus haut s'applique plus particulièrement à cette époque de la vie.

» De quarante à soixante, on a, je pense, moins de chances de guérir le bégaiement, et voici pourquoi : Les personnes de cet âge sont habituées depuis longtemps à leur infirmité, elles n'y songent plus; elles ne sont plus préoccupées par les désagréments qu'elle leur causait autrefois; leur position est en général faite, elles sont établies, et tout cela s'est fait malgré la difficulté de parler dont elles étaient affligées; elles sont donc beaucoup moins obligées de songer à la faire disparaître. A cet âge, enfin, on contracte moins facilement une habitude nouvelle que lorsqu'on est jeune. Ces raisons toutefois seront loin d'empêcher les bègues de cet âge de guérir, et l'on aura d'autant plus de chances d'obtenir un tel résultat qu'ils réuniront les conditions suivantes : bégaiement très fort; désir de guérir; nécessité pour eux d'en être délivrés, pour parvenir plus haut dans la carrière qu'ils ont embrassée. Après soixante ans, je crois qu'il est inutile de chercher à guérir les bègues qui conservent encore un défaut notable dans leur prononciation; on serait à peu près certain d'échouer. Si cependant ils avaient un grand désir d'être délivrés de leur infirmité, et assez de force de volonté pour le tenter, ils y parviendraient certainement aussi facilement que d'autres; par malheur ils n'ont en général ni ce désir ni cette volonté. » (Becquerel, *loc. cit.*, p. 133.)

8° *Le sexe.* — M. Becquerel n'a pas observé assez de femmes bègues, pour pouvoir apprécier l'influence de leur sexe sur la facilité ou la difficulté de la cure du bégaiement chez elles. Il laisse donc cette question sans la résoudre.

Méthode de M. Serre, d'Alais. — M. Serre, d'Alais, qui s'est occupé avec distinction du bégaiement, vient de faire connaître une méthode qui compte de remarquables succès. Nous allons reproduire la note que cet habile médecin a récemment adressée à l'Académie des sciences :

« L'Académie a été bien souvent entretenue du bégaiement et des autres vices de la parole; la rappeler encore sur le même terrain est peut-être une indiscrétion pour laquelle je réclame toute son indulgence.

» Mon but est de soumettre à sa haute

appréciation des résultats pratiques et d'observation qui portent avec eux un caractère évident d'utilité ; ils intéressent à la fois et l'art et la science, l'homme bègue, et généralement tous ceux qui veulent parler en public.

» Les récidives à la suite des tentatives faites pour guérir le bégaiement ont été si nombreuses, les cures ont été si rares et si contestées, qu'il est convenable de faire connaître les véritables causes de ces récidives, les conditions sur lesquelles il n'y a point de succès possible, en exposant un système de guérison jugé par une longue expérience faite sur moi-même.

» Animé d'un ardent désir de retrouver la parole, je commençai, il y a déjà plus de vingt ans, à combattre le bégaiement dont j'étais affecté. Cette lutte, considérable dans les premiers temps, est devenue insensiblement moins grande. Elle a fini par devenir un véritable jeu ; son efficacité ne s'est pas démentie. Les personnes qui m'ont suivi de près peuvent rendre ce témoignage

» Depuis cette époque, pas un seul jour, pas un seul instant, je n'ai cessé d'avoir présent dans ma pensée les moyens qui m'ont rendu et me rendent encore tant et de si grands services.

» Loin de surcharger l'intelligence, cette préoccupation constante est devenue, au contraire, avec le temps, une occasion d'allégement marqué pour elle, et qui se fait sentir en raison directe de la diminution de mon aptitude à bégayer. Cette aptitude, commune à tous les bègues, persistera probablement toute la vie; mais je continuerai à la diminuer en mettant en pratique les principes suivants, que je ne puis formuler d'une manière assez nette, assez précise, pour les soumettre à l'Académie. Ils peuvent se résumer dans les suivants : 1° *Une volonté inébranlable;* 2° *l'équisyllabisme;* 3° *les gestes régulateurs des sons.*

» 1° *Volonté inébranlable.* — Ce que j'ai dit il y a dix ans, je le répéterai ici : les résultats temporaires reprochés à toutes les méthodes dépendent moins de ces méthodes elles-mêmes que du défaut de volonté, de patience, et je dirai même du courage, dont il faut être nécessairement doué pour les rendre profitables et permanents. Le travail intellectuel, dans la lecture, étant peu de chose, le sujet peut consacrer son attention aux principes coordonnateurs des sons, et obtenir sans trop de peine des résultats aussi prompts que durables.

» Pour la parole improvisée, la difficulté est tout autre. La construction de la phrase, le choix des mots propres, le classement et le développement des idées, la convulsion des muscles, la peur de mal parler, absorbent la pensée du bègue, le troublent et le confondent.

» Seul en rapport avec lui-même, il lit et parle bien sans bégayer, comme nombre d'hommes qui n'ont pas ce défaut lisent et parlent bien devant quelques personnes.

» Mettez, au contraire, le bègue vis-à-vis de son semblable, et placez les hommes dont nous parlons en présence d'une assemblée nombreuse et inaccoutumée ; les uns et les autres, en proie à une émotion plus ou moins grande, ne seront plus les maîtres de leurs idées, et par suite des signes phonétiques qui doivent les traduire.

» Le travail intellectuel et moral qui préside alors à l'élaboration et à l'émission de la pensée exige un recueillement que viennent souvent détruire des émotions étrangères ; il n'y a plus d'idées nettes, de là l'extrême confusion du langage ; ou bien celles-ci sont parfaitement lucides, et les mouvements articulatoires sont laissés dans l'oubli.

» Cette excessive disposition au trouble de l'esprit et de l'âme, par l'effet seul de la parole, en dehors de l'isolement, constitue un fait très intéressant, l'état ordinaire du bègue avec toute la ténacité d'une longue et fâcheuse habitude.

» C'est donc contre cet obstacle, cette transformation à opérer dans sa nature intime, que viendront se briser toutes les méthodes passées, présentes et futures, si elles ne sont assises sur une volonté inébranlable, allant d'elle-même au-devant des épreuves. Ceci ne s'applique pas seulement aux personnes qui bégaient, celles qui bredouillent auront à souffrir les mêmes exigences d'opiniâtreté à ne jamais perdre de vue les principes simples que nous allons mentionner.

» 2° *Equisyllabisme.* — L'indication la plus importante à remplir dans la cure du bégaiement et du bredouillement, maladie bien plus commune encore que la première, consiste à opposer l'ordre au désordre de syllabes, en mettant entre elles des intervalles égaux.

» On surveille ainsi d'une manière toute mentale leur déroulement régulier, et l'on évite le chevauchement, la répétition, le prolongement ennuyeux et fatigant des sons.

» La régularisation syllabique, si puissante d'action contre ces *névroses morales*, est entièrement conforme au sens général de la constitution des langues modernes, plus particulièrement de la langue française, dont le caractère est essentiellement équisyllabique.

» Longtemps mise en pratique, elle peut rendre les services les plus signalés, pourvu que l'on ait soin d'étendre largement les mouvements des muscles vocaux, afin de leur donner, à la longue, la docilité, la souplesse et la vigueur qui leur manquent.

» Toutes les syllabes, les muettes exceptées, doivent prendre le même temps, être bien articulées et parfaitement liées entre elles : voilà une règle fondamentale avec laquelle il faut s'identifier, et dont la monotonie sera atténuée par l'accent, l'intonation, l'écoulement lent ou rapide de certains groupes de syllabes conservant entre elles, cependant, des espaces relativement égaux.

» 3° *Gestes régulateurs et modulateurs des sons.* — A. *Gestes régulateurs.* — L'action seule de l'intelligence ne peut toujours suffire à la régularisation des syllabes. A la première difficulté de la prononciation, il devient indispensable d'avoir recours aux mouvements de la main ou de toute autre partie des corps isochrones avec la sortie des syllabes. Alors celles-ci apparaissent sans peine, sans gêne, et dans un ordre parfait.

» B. *Gestes modulateurs.* — Puis s'il devient utile d'élever mécaniquement la voix, de lui faire subir des inflexions et des modulations, ces mêmes gestes, convenablement renforcés, convertis en sorte de *pédales*, concourent à l'accomplissement de cette fonction physiologique.

» Ici, l'action du geste par la voix des solidarités et des connexions musculaires, remonte jusqu'à la poitrine et devient expiratrice ; elle s'associe alors à celle du thorax qu'elle renforce harmoniquement selon la nature de l'idée.

» Les bègues et les bredouilleurs ressentiront promptement l'heureuse influence de cette action.

» Désormais la parole devra tout dire. La langue d'action, si son intervention est nécessaire, sera tenue de marcher parallèlement avec la langue phonétique, sans se séparer de cette dernière, comme cela arrive chez les sujets qui, ayant l'expression vocale difficile, trouvent très commode de remplacer la parole par le geste imitatif.

» Voyons maintenant si ces principes, appliqués au redressement des perturbations nerveuses de la parole sont un pur artifice de notre part, ou s'il sera possible de les rattacher aux lois naturelles qui président à l'émission des sons articulés.

» Étant personnellement intéressé à diriger nos observations du côté du geste considéré dans ses rapports plus ou moins intimes avec l'acte important de la parole, nous avons suivi, avec l'attention la plus scrupuleuse, l'homme qui parle bien ; nous l'avons vu dans l'intimité, dans le monde, au barreau, dans nos chaires évangéliques, partout ; toujours nous avons constaté la mise en œuvre, et tout instinctive, de son influence physiologique.

» Nos remarques, vérifiées par vingt années d'observation et d'expériences chaque jour renouvelées, nous ont convaincu que le geste n'était pas uniquement destiné à faire connaître à nos semblables nos sentiments et nos pensées, formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole. Là, selon nous, ne se bornait pas sa précieuse mission, et c'est pourtant dans cette sphère étroite qu'il avait été jusqu'alors resserré.

» Ces mouvements instinctifs, compagnons inséparables de la voix de l'homme, tout ce travail matériel, si énergique, considéré dans son ensemble, analysé dans ses détails, n'est souvent qu'un véritable appareil d'instrumentation couvert par la propriété *expressive*, au point qu'il avait échappé à l'investigation des artistes, des

philosophes et des physiologistes eux-mêmes.

» Les uns et les autres ne voyaient dans le geste autre chose que le symbole de nos idées, lorsqu'il est de la plus haute évidence, qu'il est également le régulateur et le modulateur des sons et que, sans cet effet matériel, la voix humaine perdrait son plus séduisant prestige, ses variétés infinies de tons et de nuances.

» Pour découvrir la propriété vocalisatrice du geste, il suffit de se placer en face de l'orateur et de l'observer attentivement.

» Sa voix est sûre, ferme; le geste est son soutien. Au commencement de certaines phrases, il imprime à son bras, à sa main une secousse proportionnée à l'intensité du son émis; plus tard, il en imprime deux, puis trois, et enfin la sortie de chaque syllabe marche parallèlement avec elles.

» Cherchez alors un rapport quelconque entre ses mouvements et la pensée : devinez celle-ci?

» Impossible dans la plupart des cas. L'on en voit, au contraire, de si nombreux s'établir entre l'apparition des syllabes, leur modulation, et ceux des autres parties du corps, au point de vue de la régularité de l'intensité syllabique, qu'on est tenté parfois de les regarder commes les seuls émissaires des sons.

» La voix est douce et moelleuse, quand le geste est doux et moelleux; elle est vive et brusque, lorsqu'il est vif et prompt.

» L'usage trop fréquemment isolé du geste expressif est le signe certain d'une grande difficulté d'élocution, comme la prédominance du geste vocalisateur est l'indice assuré d'une heureuse disposition contraire.

» Les trois propriétés *expressive*, *régulatrice* et *modulatrice* du geste sont destinées à se combiner entre elles dans des proportions que l'observateur apprécie sans avoir la prétention de devenir le conseiller de l'artiste, mais dont il peut faire une heureuse application chez les hommes moins privilégiés sous le rapport de l'élocution.

» Dieu me garde de vouloir sortir de mon rôle de médecin et de physiologiste, en cherchant à pénétrer plus avant dans les mystérieuses profondeurs du génie!

» L'orateur seul pourrait poser les règles d'une bonne gesticulation, et s'il avait l'indiscrétion de faire l'essai d'une telle philosophie de son art, il le perdrait peut-être pour lui-même.

» Telle est parfois la nature de l'instinct, de descendre lorsqu'il veut s'élever à la hauteur de l'intelligence.

» Comparez ces observations générales aux principes de la méthode, dont nous conseillons l'usage *incessant* aux bègues, aux bredouilleurs, à l'instant même vous saisirez leur analogie, et, mieux encore, leur parfaite identité.

» D'autre part, mettez en parallèle ces mêmes principes avec les moyens connus et proposés jusqu'à ce jour, tel que le renversement de la langue en arrière, son application contre les incisives, le martelage rhythmique, etc., *à priori*, vous jugerez des différentes pratiques obtenues par les uns et par les autres.

» Ces moyens sont sans rapports intimes avec ce fait grave, que *la voix du bègue est libre lorsqu'il est seul;* ils ne font aucune part à l'influence équisyllabique pure, condamnent le geste, incompris dans ses propriétés phonétiques, à un rôle masqué, et confondent enfin le chant avec la parole; car ce qui fait que l'on chante sans bégayer, c'est précisément parce qu'on ne parle pas en chantant. Les conditions fondamentales de la parole et de la marche sont l'égalité des syllabes pour l'une et l'égalité des pas pour l'autre; comme leur inégalité est le caractère fondamental du chant, de la danse et du bégaiement lui-même. Cette infirmité est donc la plus détestable de toutes les psalmodies.

» Cette courte lecture donnera peut-être une idée très imparfaite du système de traitement qui vient d'être sommairement esquissé; car son efficacité et sa valeur ne doivent être bien mises en relief que dans une exposition orale.

» Sans prétendre donc, en aucune manière, avoir exposé dans tous ses détails le système que nous avons opposé à notre bégaiement, nous croyons pouvoir le formuler en quelques propositions qui en feront ressortir les résultats généraux.

» *Propositions.* — 1° La plupart des vices de la parole, et en particulier le bégaiement, ne peuvent disparaître si les

individus qui en sont atteints ne sont animés d'un désir très grand d'en être débarrassés, et si ce désir ne les conduit à déployer une *volonté inébranlable* pour mettre en œuvre les moyens propres à les corriger.

» 2° L'*équisyllabisme*, entièrement conforme au sens général de la constitution des langues modernes, et plus particulièrement de la langue française, doit être employé et suivi d'une manière absolue, parce qu'il oppose avec succès l'ordre au désordre des syllabes.

» 3° Les gestes ne traduisent pas seulement nos sentiments et nos pensées en formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole, ils ont encore la mission de régulariser et de moduler le son, et, sous ce rapport, nous les avons divisés en gestes régulateurs et modulateurs.

» 4° L'exercice et l'usage habituel de l'*équisyllabisme*, secondés par ces *gestes vocalisateurs*, employés avec autant de sobriété que de convenance, ramènent la parole à l'état normal ; et ceux-ci deviennent, au besoin, des agents mnémoniques et d'excitation éminemment utiles aux bègues, aux bredouilleurs et à tous les hommes qui veulent parler en public.

» Le principe de l'équisyllabisme, modifié avec intelligence par la ponctuation, l'accent, l'intonation, conduit inévitablement à l'ordre et à la netteté dans l'émission des syllabes, de telle sorte que pas une d'elles n'est perdue pour l'auditeur dont l'attention ne se fatigue pas à les écouter.

» L'intervention du geste régulateur et du geste modulateur réagit sur la voix d'une manière heureuse : d'une part, elle tend à s'opposer au désordre des syllabes en contenant chacune d'elles, et, de l'autre, elle exerce une influence incontestable sur la solidité et l'intensité de son émis. La connaissance de cette action physiologique, méconnue jusqu'à nos jours, jette pour l'étude et l'emploi du geste une clarté toute nouvelle ; elle conduit naturellement à faire une part légitime à ses trois propriétés, et, de plus, à une meilleure intelligence de leur application, seul moyen d'arriver à la destruction de l'abus que l'homme tend à en faire. » (Serre, d'Alais, *Gazette des hôpitaux*, 7 février, 1846, t. VIII, p. 63.)

Dans une question où la science n'est pas encore faite, nous avons exposé les doctrines autant que possible dans l'ordre où elles se sont produites. C'était d'ailleurs le moyen de faire en même temps l'historique du sujet et son exposition. Le médecin sera alors mis à même de choisir sa méthode ou d'en prendre ce qu'elle lui offrira d'utile.

CHAPITRE III.

MALADIES DE LA BOUCHE.

De la stomatite.

On donne le nom de *stomatite* à l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche. Cette affection, en raison de son intensité, des tissus qui en sont plus particulièrement le siége, de la constitution médicale et de plusieurs autres circonstances plus ou moins bien analysées, est susceptible de revêtir différentes formes. La plupart de ces formes sont le partage presque exclusif de l'enfance, et elles ont été décrites à l'occasion des *maladies des enfants* (t. V de *la Bibliothèque du médecin praticien*, p. 49 et suiv.) ; nous n'aurons donc point à revenir sur la *stomatite folliculeuse*, sur la *stomatite pultacée*, sur la *stomatite gangréneuse*, et même sur la *stomatite couenneuse*. Il nous restera seulement à compléter ce que nous avons dit de la *stomatite érythémateuse ;* quant à la *stomatite mercurielle* elle a été longuement traitée. (t. VII, *Traité des maladies vénériennes*, p. 584 et suiv.).

Stomatite simple. — La stomatite simple ou érythémateuse a encore été désignée sous les noms de *buccite* et d'*aphthes érythématiques*. Dans le plus grand nombre des cas, cette affection est liée à des phlegmasies des amygdales, du pharynx ou du larynx, qui forment alors la maladie principale.

Mais elle peut aussi exister isolée ; dans cette circonstance, elle a pour siége le plus ordinaire les gencives, la voûte palatine, l'intérieur des joues, en un mot, les divers points de la membrane muqueuse buccale, dont elle occupe rarement toute l'étendue. Elle est souvent le prélude des autres variétés de la stomatite et principalement du muguet.

Causes. — La stomatite simple est presque toujours symptomatique d'un état

morbide des voies digestives, en dehors de ces cas, elle reconnaît pour causes les plus ordinaires les lésions produites par des agents mécaniques ou chimiques, la présence de dents cariées, etc. Celle qui a pour siége spécial les gencives, s'observe plus particulièrement chez les individus sanguins et pléthoriques, chez les femmes enceintes vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse, très souvent elle survient à l'occasion des douleurs de dents. En général il est difficile d'apprécier exactement la cause de cette affection.

Symptômes. — Les premiers symptômes qui caractérisent la stomatite sont la rougeur, la chaleur et la tuméfaction de la membrane muqueuse de la bouche dans les points où doit siéger l'inflammation. Souvent il s'y ajoute de la sécheresse, et toujours une augmentation dans la sensibilité.

Cette augmentation peut aller jusqu'à la douleur, celle-ci est parfois très vive; le passage d'un air froid, le contact d'un corps étranger quelconque, celui des dents et même de la langue, l'exaspèrent souvent à un haut degré.

En même temps que le malade accuse de la douleur, il se plaint presque toujours d'une sensation de chaleur très incommode.

Le gonflement n'est jamais plus marqué que lorsque les gencives sont le siége de l'inflammation. Quant à la rougeur, elle n'est pas toujours uniforme; dans le plus grand nombre des cas elle est pointillée ou disséminée par plaques plus ou moins saillantes.

A ces phénomènes se rattachent certains signes fonctionnels qui en sont le résultat; ce sont, en premier lieu, la perte du goût, puis la difficulté d'articuler, celle encore plus grande de broyer les aliments, dont le seul contact peut causer une vive douleur, celle d'opérer la déglutition. Souvent les enfants à la mamelle refusent de prendre le sein, et, lorsque la faim les contraint à le faire, ils le quittent en criant.

Il n'est pas rare de voir survenir un ptyalisme abondant.

Rarement on observe des symptômes généraux; ces symptômes existent constamment lorsque la maladie est liée à une affection grave; lorsqu'elle acquiert un haut degré d'intensité, on peut trouver de la céphalalgie, de la soif et de l'inappétence; chez quelques malades, la chaleur générale offre une augmentation sensible et le pouls une accélération notable.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile après la description que nous venons de donner.

Pronostic; marche; terminaison. — Le pronostic n'est pas grave, bien que de toutes les inflammations des muqueuses, celle de la bouche ait peut-être le plus de tendance à se terminer par ulcération. La durée de la maladie est de huit jours au plus; sa marche est ordinairement aiguë. La terminaison la plus commune est la terminaison par résolution.

Rarement l'inflammation passe à l'état chronique, excepté pourtant chez les individus atteints de teigne ou d'affections dartreuses; elle persiste alors pendant un temps fort long. Un autre mode de terminaison est la terminaison par ulcération; elle ajourne souvent à une époque éloignée la guérison complète de la maladie. Elle se caractérise par la présence de petites ulcérations à fond grisâtre et à bords livides, que l'on trouve sur les gencives ou sur la langue; celles-ci sont saignantes et d'aspect fongueux; l'haleine est fétide et l'expuition sanguinolente. Lorsque la stomatite siége sur les gencives, elle se termine presque toujours par suppuration; il se forme, dans un espace de temps assez court, de petits abcès très douloureux qui donnent issue à du pus.

Traitement. — Lorsque la stomatite simple est peu intense, elle disparaît ordinairement d'elle-même, mais dans un grand nombre de cas elle réclame un traitement plus ou moins actif. La diète, l'usage des boissons émollientes, l'emploi des gargarismes acidulés ou mucilagineux, quelques pédiluves simples ou irritants, des lavements émollients ou laxatifs suffisent presque toujours. Il est rare qu'on soit forcé d'avoir recours à la saignée générale, et à l'application de sangsues, soit au-dessous de la mâchoire, soit sur les gencives. On a conseillé les fumigations émollientes; elles peuvent avoir une grande utilité quand l'extrême sensibilité de la bouche rend insupportable le contact des substances, même les plus douces. On les admi-

nistre à l'aide d'un entonnoir en verre; leur température doit être modérée.

Lorsque le malade sera en état de prendre quelque nourriture, on évitera de lui donner des aliments irritants ou d'une mastication difficile.

Dans les cas de terminaison par ulcération, on prescrira, avec avantage, les collutoires chlorurés, on pourra pratiquer de légères cautérisations avec le nitrate d'argent.

Lorsque la maladie revêt la forme chronique, on doit s'attacher à combattre les causes qui l'ont fait passer à cet état de chronicité et qui l'y entretiennent.

CHAPITRE IV.

MALADIES DES AMYGDALES.

Nous n'avons pu dire que quelques mots de ces lésions en traitant des maladies de l'enfance, ne devant nous occuper alors que de ce qu'elles offraient de particulier à cet âge. Nous allons aujourd'hui les décrire avec les développements qu'elles exigent.

ARTICLE PREMIER.

Amygdalite.

Sans parler d'anciennes dénominations tombées en désuétude, l'amygdalite est encore désignée par les noms d'*angine tonsillaire*, et par celui d'*esquinancie*, surtout dans le monde.

Causes de l'amygdalite. — Ce sont les mêmes, en grande partie, que celles de l'angine pharyngée. Dans la première enfance elle est assez rare, au moins à l'état simple, le plus souvent on l'observe, depuis dix ans jusqu'à vingt-cinq ou trente, elle devient moins fréquente plus tard, et après cinquante ans elle ne se montre presque jamais. Il est douteux, quoiqu'on l'ait répété d'après Quarin, que les femmes y soient plus sujettes que les hommes. Peut-être le contraire serait-il plus près de la vérité, si l'on s'en rapporte au calcul suivant, dont on ne peut contester l'exactitude. Trente-neuf sur soixante-quatre angines, dont les observations ont été recueillies par MM. Louis et Rufz, existaient chez des hommes et vingt-cinq seulement chez des femmes. Rien ne prouve non plus, comme le dit Sydenham, qu'elle affecte les individus dont les cheveux sont roux, plus particulièrement que les autres. Elle se développe souvent et quelquefois même elle se reproduit d'une manière presque périodique, chez le même sujet, sans qu'on puisse l'attribuer à aucune autre cause qu'à une inexplicable prédisposition. Dans toutes les saisons l'amygdalite se montre indistinctement, mais elle est plus fréquente au printemps et en automne, lors des alternatives brusques de température. Quelquefois on l'a vue dans ces conditions atmosphériques régner épidémiquement; mais précédemment, il y avait eu, dans la plupart des cas, ou il y avait en même temps épidémie de scarlatine ou de rougeole. Nous citerons, comme fort remarquable, la relation d'une épidémie d'angines, observée dans l'arrondissement de Gourdon, département du Lot, par Meynenc. (*Bulletins de la Faculté.*) En 1818, cette épidémie, qui se déclara vers l'équinoxe d'automne, après de brusques changements dans la température, dura environ cinq mois : les deux sexes en furent atteints également; mais on ne l'observa que chez peu de sujets, au-dessus de seize ans. Parmi les formes diverses qu'elle revêtit, l'amygdalite simple fut une des plus communes, avec ou sans fièvre. Presque constamment l'inflammation débutant par l'amygdale droite, passait à la gauche et se terminait par résolution ou par abcès du quatrième au sixième jour.

Pendant l'hiver de 1790 à 1791, dans une épidémie d'angine scarlatineuse, observée à la Ciotat, la scarlatine ne se montra que chez les enfants; on n'observa, chez les adultes, qu'une simple amygdalite, et toutefois la mortalité fut, dit-on, d'un quarantième. (*Journal de médecine*, 1791.) Dès le commencement de l'année 1785, sur la fin d'une épidémie de rougeole qui avait régné à Elseneur, parut une épidémie d'angines tonsillaires simples, qui dura cinq à six semaines, et n'offrit d'ailleurs aucune particularité remarquable, au rapport du docteur Méza, qui en a rendu compte dans le tome second des *Actes de la Soc. roy. de Copenhague.*

Avant de terminer l'étiologie de cette affection, nous rappellerons qu'elle se développe fréquemment avec certaines fièvres éruptives, telles que la scarlatine, la rou-

geole, la variole; et que plusieurs fois aussi on l'a vue avec les oreillons épidémiques (synanche parotid.) En 1772 le docteur Mangor l'a signalée dans une épidémie d'oreillons qui régna à Viborg en 1772. (*Actes de la Soc. roy. de Copenhague*).

Elle se montre quelquefois chez les sujets qui semblent le moins disposés à l'inflammation, ainsi qu'on le voit dans l'observation suivante :

Obs. 1. « La nommée Ardoin, âgée de vingt-deux ans, doreuse, demeurant rue Rameau, née à Paris, et malade depuis huit jours, entra le 25 octobre dernier dans le service de M. Bouillaud où elle fut couchée au n° 12 de la salle Sainte-Madelaine.

» Elle est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin; vaccinée, non variolée; réglée à quinze ans, elle le fut toujours exactement depuis; elle se porte habituellement très bien.

» Il y a huit jours elle fut prise d'un mal de gorge qui persista jusqu'à présent et augmenta même durant les deux ou trois derniers jours. Les règles, qui avaient paru quatre jours après l'apparition des premiers symptômes, au lieu de durer huit jours, comme de coutume, s'arrêtèrent avant-hier à la suite d'un pédiluve. Depuis lors la déglutition devint encore difficile et la douleur se fit sentir jusque dans les oreilles. Du reste, elle n'a pas eu de fièvre notable, pas de toux, anorexie, un peu de céphalalgie et d'insomnie depuis deux jours.

» Alitée depuis le début, elle fut traitée par un médecin qui lui ordonna des gargarismes, des tisanes et un pédiluve ; elle ne prit qu'un peu de bouillon pour nourriture.

» Elle ignore la cause de sa maladie.

» *Etat actuel.* — A son entrée le visage est peu animé; la langue humide, un peu saburrale et la soif vive. Elle n'a pas d'appétit, la bouche est mauvaise, pas de nausées, mais persistance du mal de gorge, qui augmente par la déglutition et la parole avec irradiation de la douleur dans l'oreille gauche et un peu d'obscurcissement de l'ouïe, de ce côté la voix est légèrement gutturale.

» L'écartement des mâchoires étant difficile et douloureux, on distingue avec peine l'arrière-bouche qui est un peu rouge avec gonflement des amygdales, sans plaques.

» L'épigastre et le ventre sont indolents, il n'y a pas de selles depuis huit jours. L'urine est normale; la chaleur est modérée et le pouls à 76, peu développé, un peu inégal. Un léger bruit de souffle chlorotique bien distinct accompagne le premier bruit du cœur, il n'y a pas de bruit de diable en ce moment. Rien de notable pour les fonctions ou bruits respiratoires; un peu de céphalalgie et pas de douleurs lombaires.

» La malade est venue en voiture à l'hôpital.

» Le 26, le pouls est à 112, la chaleur modérée, et la rougeur de l'arrière-bouche est plus prononcée que la veille. Le gonflement des amygdales et surtout de la gauche, qui offre une plaque blanche, est plus prononcée, et la douleur s'irradie vers l'oreille gauche. Il y a toujours un petit souffle au cœur, et de plus un petit sifflement musical dans la carotide droite. (Vingt sangsues au cou, cataplasmes, gargarismes édulc., sirop gom., diète.)

» Le 27, la malade se sent mieux, la déglutition est plus libre, le sommeil meilleur; le pouls est à 88, médiocrement développé, et la chaleur très modérée. L'arrière-bouche est moins rouge, les amygdales moins gonflées, et la plaque blanche qui existait à gauche a entièrement disparu. La langue est chargée d'un enduit saburral très épais. Les sangsues ont très bien coulé. (Org., chiendent, sir. gom., guim. garg. ronce et miel ros., catap., lav., huil., diète.)

» Le 28, la déglutition est très facile, la malade a de l'appétit, elle va très bien; elle est au bouillon, et sa santé s'améliore toujours. Elle sort le 13 septembre 1841 très bien guérie. » (*Gazette des hôpitaux* t. III, p. 547. 1841.)

Caractères anatomiques de l'amygdalite. — Il est rare que l'inflammation soit bornée à une amygdale, presque toujours elle les atteint toutes deux à la fois ou successivement. C'est une circonstance remarquable, car les autres organes doubles

ne sont qu'exceptionnellement affectés en même temps. Sur quatre-vingt-dix cas de pleuro-pneumonie observés à la clinique de M. Chomel en 1831 et 1832, l'inflammation n'a occupé les deux poumons que dix fois, tandis que sur trente-trois amygdalites M. Louis en a vu trente occuper simultanément les deux glandes; M. Rufz a noté l'amygdalite double onze fois sur quinze. La fréquence de l'amygdalite double est donc un fait acquis à la science.

On introduit ici une autre question de siège qui ne nous paraît pas si facile à résoudre au moins dans toutes les divisions qu'on a données. On a admis que l'inflammation occupait exclusivement tantôt la muqueuse, tantôt le parenchyme de la glande, d'autres fois le tissu cellulaire interposé au tissu propre de l'amygdale, et dans un autre ordre de cas tous les éléments de l'amygdale en même temps. Nous devions tenir compte de ces distinctions puisqu'on les a établies, mais elles nous semblent plutôt basées sur la théorie que sur une exacte observation. Il y aurait tout au plus dans la pratique des amygdalites parenchymateuses et des amygdalites muqueuses.

Comme heureusement cette inflammamation n'est presque jamais mortelle, l'anatomie pathologique se borne à ce qui précède, et à ce qui sera dit plus tard à l'occasion des abcès et de l'hypertrophie de l'amygdale.

Cependant nous ne pouvons pas passer sous silence un cas d'autopsie dû à Morgagni et quelques remarques de M. le professeur Andral.

Le malade de Morgagni succomba en trois jours à une inflammation des amygdales et du larynx, malgré le traitement antiphlogistique le plus énergique (six saignées).

« La luette et le voile du palais étaient sains; mais la membrane qui revêt les amygdales était épaissie et infiltrée de sérosité jaunâtre, comme gélatineuse. Les amygdales elles-mêmes étaient tuméfiées, surtout la gauche qui s'était endurcie et laissait écouler du pus lorsqu'on l'incisait ou qu'on la comprimait entre les doigts. »

Indépendamment du volume considérable qu'elles peuvent acquérir par l'inflammation, M. Andral a noté dans les amygdales d'autres altérations. Ainsi, quelquefois le tissu cellulaire interposé à leurs follicules, a augmenté de densité et d'épaisseur; dans d'autres cas ce sont les parois des follicules mêmes qui sont épaissies ou ramollies. Au lieu de mucus les lacunes suintent du pus ou une matière concrète, friable, assez analogue à des grumeaux tuberculeux et d'une odeur infecte. Ces divers produits paraissent contenus tantôt dans un follicule considérablement agrandi et tantôt dans une cavité formée par la réunion accidentelle de plusieurs de ces petites poches dont les cloisons intermédiaires ont été détruites.

Symptômes de l'amygdalite. — L'amygdalite débute quelquefois sans être annoncée par aucun dérangement de la santé; le malade éprouve d'emblée la difficulté d'avaler et la sensation d'un corps étranger dans l'arrière-bouche. Elle est précédée, d'autres fois, par des phénomènes fébriles, analogues à ceux qu'on observe dans la plupart des phlegmasies aiguës : il survient tantôt des frissons, suivis de chaleur, de céphalagie, de soif, de brisement dans les membres, et tantôt un malaise avec inappétence et accélération légère du pouls. Cet état peut ne durer que quelques heures, il peut aussi se prolonger jusqu'à un ou deux jours. Il s'y joint bientôt une douleur médiocre ordinairement, très vive quelquefois, avec chaleur, besoin inutile et continuel d'avaler: la déglutition se fait difficilement et est douloureuse, au point de donner lieu à des contorsions et même à des mouvements convulsifs, comme Monro et Tissot l'ont observé. Le malade éprouve aussi le désir de cracher, et les efforts d'expuition auxquels il se livre, et qui sont accompagnés d'une toux gutturale, ou plutôt d'un bruissement rauque, ne font qu'exaspérer la pénible sensation qui les provoque : les matières rejetées sont claires, filantes et visqueuses; la voix est obscurcie et l'articulation des sons est confuse; il est impossible quelquefois au malade de se faire entendre autrement que par signes ou en écrivant : le passage de l'air est gêné dans quelques cas, mais la difficulté de la respiration est rarement portée à un très haut degré : toutefois il survient, par intervalle, de la

dypsnée, et quelquefois une suffocation passagère, lorsque le gonflement des tonsilles est fort grand, et l'expuition du mucus très difficile. A ces symptômes que le malade éprouve, s'en joignent d'autres que l'examen des parties affectées fournit au médecin. Ayant abaissé la mâchoire inférieure, et la base de la langue ayant été déprimée avec le doigt, à l'aide d'une spatule ou du manche d'une cuiller, on voit les amygdales former une tumeur plus ou moins considérable, dépasser les piliers du voile du palais, qui sont appliqués sur elles et dédoublés, et tellement se rapprocher l'une de l'autre, que même elles finissent par se toucher par leur surface interne. Ordinairement la membrane qui les recouvre participe à l'inflammation; elle est sèche quelquefois dans le début, elle peut plus tard présenter, soit de petites concrétions blanchâtres, sébacées ou muqueuses, soit une couche grisâtre et membraniforme; elle est le pus souvent d'un rouge vif ou foncé. Il n'est pas rare non plus que le voile du palais et la luette offrent du gonflement et de la rougeur en même temps. La douleur que les malades éprouvent lors du bâillement surtout, dans l'intérieur de l'oreille, la crépitation qu'ils y ressentent, et l'incomplète surdité qui se joint à ces phénomènes, portent à croire qu'alors l'inflammation s'étend à la trompe d'Eustache. L'inflammation est-elle bornée à une des amygdales, le gonflement n'existe alors que d'un côté, et la luette est souvent poussée vers le côté sain; les malades, en avalant, inclinent la tête de ce côté, pour y faire passer les aliments ou les boissons. L'inflammation est-elle double et considérable, la luette quelquefois disparaît complétement cachée derrière les tonsilles; les amygdales offrent d'autres fois deux surfaces planes taillées à pic, au milieu desquelles paraît à peine la luette, tant elle est rétractée. La tuméfaction des tonsilles, qui, chez quelques sujets, rend l'écartement des mâchoires très douloureux, ne permet pas par la vue de reconnaître les changements opérés dans les organes phlogosés. Toutefois alors, dans la plupart des cas, la mâchoire inférieure s'abaisse encore assez, pour permettre de porter le doigt indicateur sur les amygdales, et de distinguer le gonflement et la dureté qu'elles présentent par le toucher.

Tels sont les symptômes locaux qui ont lieu dans l'amygdalite. Plusieurs phénomènes généraux peuvent s'y joindre, tels que la rougeur de la face, la soif, la céphalalgie, la fréquence du pouls, les nausées, l'élévation de la chaleur, la rougeur de l'urine, l'insomnie. Bien que le gonflement des tonsilles soit considérable, quelquefois il n'y a pas de mouvement fébrile, et le malade, qui ne peut avaler, est sans cesse tourmenté par la faim, qui devient plus pressante de jour en jour. L'impossibilité de boire et le retour des boissons par le nez sont aussi des symptômes parfois fort pénibles, auxquels s'en joint un autre qui ne l'est pas moins, l'ardeur de l'urine.

Quant à la marche de cette affection, voici comment MM. Chomel et Blache la décrivent :

« L'amygdalite offre généralement une marche assez rapide; elle se termine dans l'espace d'une à deux semaines; il n'est pas sans exemple, mais il est rare qu'elle se prolonge jusqu'au vingtième jour, et quelquefois sa durée n'excède pas cinq ou six jours. Ses symptômes augmentent d'intensité pendant la moitié et quelquefois pendant les deux tiers de son cours; la maladie diminue ensuite rapidement ou par degrés. Lorsque l'inflammation est légère ou médiocre, elle se termine souvent par résolution; lorsqu'elle est considérable, la suppuration a presque toujours lieu. Cette dernière terminaison est souvent annoncée par un changement de la nature de la douleur, qui, après avoir été aiguë et pulsative, devient gravative et sourde. La difficulté de la déglutition continuant à augmenter, on reconnaît, à l'aide du doigt porté sur la tumeur, qu'elle s'est amollie, quelquefois même la fluctuation y est manifeste. Dans quelques cas l'œil distingue un endroit dans lequel la membrane muqueuse, soulevée en pointe, est prête à se rompre. La rupture de l'abcès a ordinairement lieu dans un effort que fait le malade pour cracher, pour avaler, pour vomir ou parler; quelquefois elle s'opère pendant le sommeil. Le pus qui s'écoule a souvent une odeur d'une fétidité repoussante. Cette fétidité parfois est le seul signe qui indique la rupture de

l'abcès, le pus qui se mêle aux crachats étant en si petite quantité, qu'on pourrait facilement ne pas l'apercevoir. Il est toujours versé dans la bouche; à peine cite-t-on quelques cas dans lesquels il s'est frayé une voie en dehors, à la partie latérale ou supérieure du cou : on l'a vu aussi se faire jour des deux côtés. Dans quelques cas, heureusement fort rares, un phlegmon considérable se développe, le pus décolle la peau dans une plus ou moins grande étendue, il fuse le long des principaux troncs veineux et artériels, et pénètre ainsi dans la poitrine, où sa présence détermine bientôt des accidents inflammatoires promptement mortels.

» Le mode de terminaison n'est pas d'ailleurs toujours le même dans les deux amygdales. Souvent la suppuration a lieu dans l'une d'elles et la résolution dans l'autre. La gangrène y survient rarement. Lorsque l'amygdalite se reproduit périodiquement, elle offre chez quelques sujets la même intensité, une durée pareille, une terminaison semblable; chez d'autres elle n'a rien de constant que son retour; ses phénomènes et sa marche varient chaque fois. Communément cette maladie ne laisse à sa suite aucune trace de son existence; mais quelquefois, et surtout lorsqu'elle s'est souvent reproduite, les amygdales restent plus grosses et plus dures. Cette tuméfaction, qui paraît rendre plus facile l'inflammation des tonsilles, finit par être assez considérable pour donner lieu à une gêne permanente de la déglutition, à l'altération de la voix, et rendre quelquefois nécessaire la rescision de ces corps glanduleux. » (Chomel et Blache, *Dictionnaire de médecine*, ou *Répertoire général des sciences médicales*, t. II, p. 493.)

Diagnostic de l'amygdalite. — Le diagnostic de l'amygdalite est facile chez l'adulte; l'inspection de l'arrière-bouche suffit pour confirmer ce que les symptômes, ou, comme disent les Allemands, ce que les phénomènes subjectifs avaient fait prévoir; et si l'impossibilité de faire écarter la mâchoire s'oppose à l'examen des tonsilles, cette impossibilité même indique le mal qui en est la cause.

Chez les jeunes enfants les signes ne sont pas exprimés de la même manière, et ils sont plus difficiles à apprécier. (Voir le *Traité des maladies des enfants*, t. V, p. 553.)

Quant au diagnostic différentiel de l'amygdalite, M. Vidal (de Cassis) le trace ainsi qu'il suit :

Diagnostic différentiel de l'angine gutturale et de l'anigine tonsillaire. « L'angine des voies digestives peut siéger sur les parties qui forment l'isthme du gosier, sur la partie inférieure, puis sur l'œsophage; de là les variétés. La première sera de plus subdivisée en angine gutturale (inflammation de la muqueuse), qui revêt l'isthme, et ces angines se ressemblent nécessairement par beaucoup de caractères, mais elles ont aussi des différences qui motivent la subdivision que je viens d'établir. Si la muqueuse de l'isthme est seulement enflammée, il ne peut pas y avoir dyspnée; tandis que les tonsilles, en se développant, dépassent en dedans les piliers, tendent à se rapprocher par leur surface interne, et gênent ainsi le passage de l'air. Le développement des tonsilles ne se fait pas seulement dans ce sens, leur volume augmente encore en arrière et en dehors. De là compression des principaux vaisseaux du cou, et, comme conséquence naturelle, injection des yeux, face vultueuse et tendance aux congestions cérébrales. Ces phénomènes n'ont pas lieu quand la muqueuse du détroit est seule enflammée. Les douleurs d'oreilles, la surdité même, sont principalement produites par l'angine tonsillaire. Cette phlegmasie donne lieu à une sécrétion très abondante de salive; alors la déglutition étant très douloureuse, difficile, quelquefois même impossible, l'expuition elle-même se faisant avec la plus grande peine, le malade se penche en avant et laisse tomber le flot d'humeur qui remplit sa bouche. Dans l'angine gutturale ordinaire, le flux est moins considérable, la déglutition est difficile, mais l'expuition l'est moins, et le malade crachotte à tout moment. Dans les deux cas, la voix est nasonnée; mais dans l'amygdalite, quelquefois elle n'est émise que par le nez : elle peut même s'éteindre entièrement. Dans l'angine gutturale, souvent le malade n'est incommodé que par un vif prurit; la douleur éprouvée dans l'angine tonsillaire est comparée à celle que déterminerait la griffe d'un chat qui serrerait les glandes; la douleur de

l'amygdalite répond parfois à la dernière dent molaire : il semble qu'on tente de l'arracher quelquefois. Le malade ne peut ouvrir la bouche; on sent sous les angles maxillaires des tumeurs formées par le développement des tonsilles. L'angine gutturale développe moins de calorique que l'inflammation des glandes. C'est principalement dans l'angine gutturale qu'on aperçoit de petites taches sur les tonsilles qui paraissent formées par du mucus concret. Le matin, le malade expulse des crachats avec de petits caillots noirâtres. La déglutition est gênée dans les deux cas ; les liquides passent souvent par le nez, tombent dans le larynx et provoquent la toux. Cependant cette fonction est toujours possible dans l'angine gutturale, mais elle peut ne pas s'effectuer dans l'angine tonsillaire. La rougeur persiste plus longtemps sur l'isthme du gosier que sur les amygdales ; l'angine tonsillaire se répète plus souvent, se soumet plus facilement à une espèce de périodicité. La suppuration est rare dans l'angine gutturale; elle est assez fréquente, au contraire, dans l'amygdalite. Avant de distinguer entre elles les angines des deux sections du pharynx, distinguons la pharyngite de l'œsophagite. Dans l'œsophagite, la douleur se fait sentir sur un des points compris entre le cartilage cricoïde et la neuvième vertèbre dorsale. Quand elle siége au cou, on l'augmente en pressant derrière la trachée-artère; la chaleur éprouvée par le malade est plus considérable dans l'angine œsophagienne : il se plaint d'un sentiment de brûlure quand il avale. Le régurgitation est ici plus fréquente, mais elle arrive nécessairement plus tard que dans la pharyngite. Elle est suivie, dans l'œsophagite, d'une émission considérable de mucosités. Dans cette angine, il n'y a presque jamais de toux : la voix n'est nullement modifiée. Dans la pharyngite, ces symptômes ne sont pas essentiels, mais ils se présentent plus souvent : le timbre de la voix surtout change presque toujours. L'angine de l'œsophage est plus grave que l'angine pharyngienne.

» La déglutition est plus douloureuse que difficile dans l'angine de la portion supérieure du pharynx. Il peut se faire qu'ici la muqueuse reste sèche pendant tout le cours de la maladie. Ces caractères, pour le dire en passant, la distinguent de l'angine gutturale. Dans l'angine de la portion inférieure du pharynx, il y a douleur et difficulté en avalant. Celle-ci se fait sentir au niveau du cartilage thyroïde, tandis que la douleur de l'angine supérieure a lieu plus haut, au-devant des premières vertèbres cervicales.

» Dans l'angine pharyngienne inférieure, le bol alimentaire semble s'arrêter un instant au niveau du larynx, ce qui n'a pas lieu dans l'autre. L'expuition dans celle-ci est laborieuse, à cause du desséchement de la muqueuse; on voit parfois sur cette membrane des portions de mucus grisâtre, qui adhèrent fortement, et qui ont été pris pour des ulcères syphilitiques. » (Vidal (de Cassis) *Traité de pathologie externe et de méd. opérat.*, 1re édit., t. IV, p. 345).

Pronostic. En général l'amygdalite n'est pas une affection grave. Même chez les enfants, il est rare que la respiration soit gênée d'une manière inquiétante. Ce n'est non plus qu'exceptionnellement que le pus prend une direction dangereuse; ce qui donne de l'importance à cette maladie, c'est la douleur qu'elle produit, la fréquence de ses récidives au point de se répéter dans quelques cas jusqu'à plus de trente fois en quinze ans. (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. V, p. 472.) Chez certains sujets, la persistance de l'amygdalite à l'état chronique en augmente singulièrement la gravité, ainsi qu'on le voit dans l'observation suivante, intéressante sous beaucoup d'autres rapports. Nous l'empruntons, avec les considérations qui l'accompagnent, à un compte rendu de la clinique de M. Chomel.

Obs. 2. « *Amygdalite aiguë entée sur une amygdalite chronique datant de sept ans. — Guérison de l'inflammation aiguë; persistance de l'engorgement chronique. — Considérations générales sur l'angine granuleuse ou mamelonnée.*

» Au n° 2 de la salle Sainte-Agnès (salle des hommes), est couché un jeune homme de dix-huit ans, entré à l'hôpital pour une amygdalite.

» Ce jeune homme est sujet à cette maladie depuis l'âge de onze ans; il dit en avoir été affecté à trente reprises environ, dans l'espace de sept années, tantôt restant une année entière sans en éprouver la

moindre atteinte, tandis que d'autres fois il en était affecté plusieurs fois dans le même mois. L'inflammation n'a jamais attaqué que l'amygdale gauche, la durée moyenne de ces inflammations a été, à ce qu'il dit, de huit à dix jours, tantôt plus, tantôt moins. Le mode de terminaison a présenté quelques différences, soit qu'elle ait été traitée par les sangsues, par les vomitifs, ou simplement par les gargarismes, la maladie allait en général en diminuant peu à peu et graduellement jusqu'à complète disparition. Interrogé spécialement sur la question de savoir si cette amygdalite ne s'est jamais terminée par suppuration, s'il n'est jamais sorti avec les crachats du pus ou tout autre matière puriforme et fétide, le malade répond qu'on n'a fait qu'une seule fois usage du bistouri, et qu'à la suite de l'incision qui fut pratiquée, il n'a vu sortir que du sang ; qu'il ne se rappelle pas, du reste, avoir jamais craché de pus ni aucune matière fétide ou puriforme. On peut d'ailleurs s'en rapporter, à cet égard, au rapport du malade ; il est infiniment probable, au contraire, alors qu'il n'a cru voir sortir que du sang, que ce sang était mêlé à du pus, car c'est ce qui a constamment lieu dans ces cas-là. Ce jeune homme ajoute qu'à la première atteinte de sa maladie, il fut beaucoup plus souffrant qu'aux atteintes subséquentes, qu'il eut beaucoup plus de douleurs et une fièvre plus intense. M. Chomel rappelle à cette occasion l'observation qu'il a faite bien souvent à l'égard des phlegmasies en général, que lorsqu'un organe a été plusieurs fois le siége d'une inflammation, la première est toujours la plus violente, et que son intensité décroît en raison de sa reproduction, tandis que sa durée augmente dans une proportion inverse, au point que lorsque la phlegmasie s'est reproduite un grand nombre de fois sur le même organe, il devient bien souvent très difficile de l'en déloger, et qu'elle y laisse une grande tendance à la récidive sous l'influence des plus légères causes.

» L'amygdalite peut donner lieu à des accidents graves. Parmi ces derniers, et l'un des plus graves, est la suffocation qui peut être déterminée par un gonflement extrême des amygdales. M. Chomel indique un moyen mécanique qu'il a souvent mis en usage avec succès pour prévenir cet accident. Ce moyen consiste à exercer, à l'aide des doigts introduits dans la bouche, une pression assez forte sur les amygdales. Sous l'influence de cette pression, il s'écoule à travers la membrane muqueuse qui revêt ces glandes une humeur visqueuse plus ou moins abondante, et les amygdales ainsi dégorgées diminuent momentanément de volume. La première fois que M. Chomel eut l'occasion de recourir à ce moyen, ce fut au début de sa carrière, chez une dame affectée d'une amygdalite très intense avec imminence de suffocation, et qu'il soulagea immédiatement par ce dégorgement mécanique. Du reste, ajoute-t-il, cette maladie n'est, en général, point alarmante ; la déglutition peut être plus ou moins gênée, mais il est très rare qu'elle soit tout à fait empêchée. Le malade n'éprouve qu'une gêne médiocre ; il a une adresse toute particulière à avaler ; c'est ce qui arrive généralement chez les malades qui sont fréquemment ou depuis longtemps affectés de cette maladie. Poussés par la nécessité de surmonter les obstacles qui s'opposent au libre passage des aliments et des boissons à travers l'isthme du gosier, ils parviennent ordinairement, à force d'exercice et par des contractions combinées à cet effet, à faciliter la déglutition.

» En examinant l'arriège-gorge de ce malade, on voit l'amygdale du côté gauche et la portion correspondante du voile du palais tellement tuméfiées, qu'elles envahissent plus de la moitié de l'isthme du gosier, et refoulent la luette tout à fait à droite. La muqueuse de la voûte palatine elle-même est distendue au point qu'il en résulte une déformation complète de toute la portion gauche du palais qui, au lieu d'une surface concave qu'elle offre dans l'état normal, présente une convexité très prononcée qui rétrécit considérablement le diamètre de la cavité buccale. Toutes ces parties sont fortement injectées, et offrent une couleur rouge violacée. Au premier abord, on serait tenté de croire que la muqueuse palatine est distendue par du pus ; mais en exerçant une pression légère avec le doigt, on sent que ces parties sont

dures, résistantes, et qu'il n'y existe point encore de collection purulente. Il est, du reste, probable que le pus ne tardera pas à se réunir en foyer, et que l'abcès se fera aisément jour de lui-même. M. Chomel n'est point d'avis d'ouvrir cet abcès par le bistouri, à moins d'indication spéciale.

» Le traitement qui doit être prescrit dans cette affection consiste dans des saignées générales, les vomitifs et les purgatifs. Les saignées sont utiles dans ce cas, suivant M. Chomel, non qu'elles puissent enrayer la marche de la maladie, mais en ce qu'elles modèrent la violence de l'inflammation. Quant aux moyens préventifs, ce seraient encore les saignées générales et locales, les purgatifs et les exutoires à la peau qui devraient être mis en usage ; on a pu quelquefois, par ces moyens combinés, prévenir le retour de cette affection. M. Chomel doute, toutefois, qu'on puisse compter sur leur efficacité, et, s'il avait à faire choix de l'un de ces moyens, il préférerait s'en tenir aux purgatifs, qui ont sur les saignées l'avantage de débiliter moins les malades, et de ne point les assujettir, comme en demeure, à des interruptions forcées de leurs occupations. Il faudrait surtout joindre à ces moyens l'observation des soins hygiéniques, tels qu'un régime doux, l'abstinence de toute espèce de substances excitantes, de mets épicés, de boissons alcooliques, etc., etc.

» Le jour de l'entrée de ce malade à l'hôpital on lui a pratiqué une saignée du bras, indiquée par l'état de plénitude et de dureté du pouls ; on a administré à la suite un vomitif, et l'on a prescrit pour les jours suivants l'usage des purgatifs doux (huile de ricin), des bains de pieds et des gargarismes adoucissants.

» Le troisième jour du traitement le malade allait mieux ; le gonflement de l'arrière-gorge avait beaucoup diminué, la déglutition se faisait beaucoup plus facilement ; tout faisait espérer que la phlegmasie se résoudrait sans suppuration, comme il est déjà arrivé plusieurs fois au dire du malade.

» Le cinquième jour la résolution s'opérait de plus en plus ; il ne restait plus qu'un peu de dureté à l'amygdale.

» Le septième jour le malade sortit guéri de l'hôpital, c'est-à-dire ne conservant plus qu'un engorgement chronique de l'amygdale, tel qu'il a toujours persisté depuis la première invasion de la maladie.

» M. Chomel a fait, à l'occasion de ce malade, les nouvelles réflexions qui suivent :

» Sous l'influence du repos et du traitement qui a été prescrit à ce malade, la phlgmasie aiguë de l'arrière-gorge, entée sur un engorgement chronique de la tonsille, est complétement dissipée. La résolution est faite sans que l'on ait bien pu s'assurer s'il y a eu oui ou non suppuration. Le malade a rejeté avec les gargarismes des matières troubles, blanchâtres, qui, selon toute apparence, contenaient du pus mêlé à quelques filets de sang ; mais ces matières n'avaient point l'odeur fétide caractéristique du pus qui se forme aux dépens des tonsilles et des tissus sous-muqueux de la cavité buccale ; de sorte que l'on reste encore dans le doute à cet égard. Toujours est-il que la tonsille, qui était le siége d'une inflammation et d'une tension énorme, s'est considérablement dégorgée, et ne conserve plus actuellement que le degré de dureté et de rénitence que l'on observe toujours dans les engorgements chroniques de cet organe. La voix, auparavant sourde et profondément altérée, a repris un terme presque normal ; elle ne conserve plus qu'un son un peu nasillard.

» Ce malade peut donc être considéré comme guéri de l'affection aiguë pour laquelle il est entré à l'hôpital ; mais il lui reste toujours son engorgement chronique de l'amygdale, et une disposition probable à de nouvelles récidives sous l'influence des plus légères causes d'irritation, si le malade n'observe avec exactitude les soins préventifs nécessaires.

» Quels sont les moyens à l'aide desquels on peut espérer prévenir le retour de ces accidents? On a alternativement préconisé l'usage du borax, de l'alun et d'autres substances astringentes, soit en gargarismes, soit en poudre, et portés sous cette forme sur les parties malades. Tous ces moyens ont souvent échoué, et l'on s'est vu forcé de recourir à l'excision. On a employé avec succès, dans cet hôpital, les scarifications de l'amygdale à l'aide

d'une lancette ; mais, loin que ces scarifications aient toujours eu un bon résultat, elles n'ont pas eu, dans un assez grand nombre de cas, plus de succès que les moyens précédents. » (*Gazette des hôpitaux*, t. IV, p. 131, 1842.)

Traitement. — Le traitement de l'amygdalite consiste dans l'usage de boissons délayantes et mucilagineuses. Si le malade préfère une tisane acidule, on peut la lui accorder, pourvu qu'elle n'excite pas la toux. Les cataplasmes émollients autour du cou pourront y être joints, et on pourra aussi y ajouter les vapeurs de même nature au fond de la gorge. Pour ce qui est des gargarismes, conseillés si généralement, les douleurs occasionnées par les mouvements nécessaires pour agiter le liquide empêchent beaucoup de malades d'avoir recours à ce moyen. Alors il vaut donc mieux se contenter de placer au fond de la gorge un liquide doux, et le tenir en contact avec les parties enflammées pendant quelques instants, en renversant la tête en arrière. On emploie concurremment avec les moyens précédents les pédiluves irritants répétés plusieurs fois par jour, ou les cataplasmes de farine de moutarde placés aux extrémités inférieures, les lavements relâchants, les laxatifs même et la diète plus ou moins sévère, et généralement ils suffisent pour amener la guérison de l'amygdalite. On ne doit prescrire les émissions sanguines que quand elles sont réclamées, soit par l'intensité de la phlogose locale, soit par la violence des symptômes généraux. Les résultats de la saignée du bras, une ou plusieurs fois répétée, suivant l'exigence des cas, sont presque toujours plus avantageux et plus prompts, surtout, que la saignée locale.

Quant à la saignée du pied, on y recourt rarement aujourd'hui, bien que personne ne partage les craintes exprimées par Recollin, et dont il donne l'observation suivante comme un exemple. D'après lui, la saignée du pied et les gargarismes répercussifs déterminent la métastase de l'amygdalite sur le poumon. Voici le fait sur lequel il appuie cette idée :

Obs. 3. « Une dame, âgée de vingt-cinq ans, d'une assez bonne constitution, fut attaquée, au mois de mars 1755, d'un violent mal de gorge. Le gonflement considérable des amygdales empêchait la déglutition ; la fièvre était survenue avec redoublement, et la malade sentait une douleur à tout le derrière du cou et de la tête, avec de grands élancements. Je la saignai, dans les premières vingt-quatre heures, deux fois du bras et deux fois du pied, ce qui parut donner du calme et du soulagement. Mais le redoublement de la fièvre, le mal de gorge et la douleur de tête étant revenus aussi forts qu'auparavant, malgré la confiance que la malade avait en moi, je fis appeler un médecin ; nous convînmes d'une troisième saignée du pied, elle fut faite le soir du troisième jour, et opéra de nouveau un soulagement marqué pendant la nuit. J'avais regardé ce mal de gorge comme simplement inflammatoire ; en conséquence, j'avais fait user à la malade d'eau de poulet pour nourriture, de petit lait clarifié et légèrement édulcoré avec le sirop de violettes, de tisane adoucissante et diurétique ; et pour gargarismes variés, j'avais prescrit une décoction d'orge avec du miel, du lait, du sirop de mûres dissous avec l'eau, etc.

» Les amygdales étaient extrêmement rouges et tuméfiées, comme je l'ai dit ; il parut à leur surface des taches blanchâtres, assez semblables à des points d'ulcération : le médecin-consultant craignit que ce mal de gorge ne devînt gangréneux ; suivant cette idée, il conseilla de cesser les relâchants et les adoucissants, tant en boissons qu'en gargarismes ; de faire boire à la malade une limonade légère, et de la faire souvent gargariser avec une décoction résolutive, à laquelle il fit ajouter le camphre : ce fut le matin du quatrième jour, la malade se conduisit de cette sorte toute la journée, et à huit heures du soir elle nous dit qu'elle ne sentait plus tant de mal à la gorge, mais qu'elle avait eu des frissons dans l'après-midi, auxquels avaient succédé la chaleur et la fièvre que nous lui trouvâmes, avec une pesanteur à toute la tête. Ces accidents firent juger qu'il serait encore besoin d'une saignée du pied. La malade n'avait point pris de bouillon depuis midi ; je ne trouvai pas, malgré la fièvre, une certaine plénitude dans le pouls ; ce qui m'engagea à proposer qu'on lui donnât un bouillon sur-le-champ, promettant de revenir à dix heures pour faire une sai-

gnée. Les choses changèrent bien de face dans cet intervalle; à mon arrivée la malade n'avait presque plus mal à la gorge. Sa poitrine était déjà embarrassée, et menacée de tout l'orage de la maladie. Une toux continuelle, la difficulté de respirer, l'oppression de la poitrine et l'augmentation de la fièvre ne permettaient pas d'en douter, je fis supprimer la limonade et le gargarisme résolutif. Je saignai la malade du bras; elle fut soulagée, presque à l'instant, de l'oppression et de la toux: elle prit quelques cuillerées d'une potion pectorale huileuse. La fièvre diminua et le calme ayant succédé, la malade s'assoupit et passa le reste de la nuit assez tranquillement. Le mal de gorge qui ne se faisait point sentir depuis que la poitrine s'était embarrassée, revint peu à peu dans la matinée, à mesure que le poumon s'en délivrait: mais il ne fut plus considérable comme auparavant. Il se termina en peu de jours heureusement, par l'usage des remèdes humectants et adoucissants. La malade fut purgée plusieurs fois comme il est d'usage en pareil cas, dès que l'état du gosier le permit.

» Il est vraisemblable qu'une nouvelle saignée du pied aurait attiré davantage et fixé la fluxion sur la poitrine, et dans ce cas la malade aurait succombé à cet état; car ses forces, déjà diminuées, n'auraient pas permis de faire plusieurs saignées du bras, qui auraient été nécessaires pour détourner la fluxion qui s'était jetée sur le poumon.

» Les anciens qui recommandaient, en général, les topiques répercussifs dans le commencement de toutes les inflammations, ont été attentifs à poser les exceptions que souffre cette régle. Ils proscrivaient l'usage de ces remèdes dans tous les cas où la métastase est à craindre. Qu'on fasse l'application de ce précepte aux esquinancies, on verra que si on se sert impunément des gargarismes froids et répercussifs dans celles qui sont légères, ces topiques doivent être extrêmement dangereux lorsque la fluxion a saisi vivement: ils font presque toujours refluer la matière sur le poumon. Les auteurs en donnent beaucoup d'exemples. *Bonet*, dans son *Sepulchretum*, rapporte d'après Dodonée, qu'un boucher sentit à l'heure de midi, une douleur dans le fond de la bouche, aux environs du larynx; la déglutition était un peu gênée. Un apothicaire lui donna, sur le soir, un gargarisme composé avec l'eau de plantain et de laitue, le sirop de mûres et le vinaigre; la douleur augmenta et le malade mourut dans la nuit. A l'ouverture de son corps, on trouva le poumon fortement engorgé de matières qu'on prit pour du pus. Cet homme n'avait jamais eu mal à la poitrine, et il s'était toujours très bien porté d'ailleurs.» (Recollin, *Mémoires de l'Académie de chirurg.*, t. IV, p. 440).

L'application des sangsues, quand l'inflammation est bornée à la membrane muqueuse de l'arrière-bouche, dans l'amygdalite a peu d'effet. Néanmoins, dans les cas où l'inflammation occupe à la fois les tonsilles, le tissu cellulaire et les ganglions lymphatiques voisins, on l'emploie avec avantage, concurremment avec la saignée générale. Les sangsues appliquées immédiatement sur les amygdales, ont été conseillées par quelques médecins. Mais, en général, ce moyen, qui répugne à beaucoup de malades, ne nous semble pas promettre assez d'avantages pour en compenser les inconvénients. Depuis longtemps on a renoncé à l'ouverture des veines ranines ou sublinguales, si fort usitée chez les anciens et recommandée surtout par Mercatus et Marc-Aurèle Severin, qui, également, conseillaient l'application des sangsues sur ces mêmes veines. Ici, nous mentionnerons les scarifications des amygdales employées tout récemment avec succès à Montpellier, par le docteur Monge, dans un cas d'amygdalite aiguë. (*Archiv. de méd.*, t. XXVI, p. 419.) Elles ont été utiles, surtout dans l'induration chronique des amygdales. Nous signalerons, en terminant ce qui a trait aux émissions sanguines, un fait important chez certains individus sujets à l'amygdalite. Quelque multipliées qu'aient été les saignées locales ou générales, cette inflammation s'est toujours terminée par suppuration. Dans les amygdalites subséquentes, on ne devra donc pas insister sur les évacuations sanguines, qui, sans agir sur la maladie, affaibliraient le malade.

On doit, dans les cas où le gonflement des amygdales est porté au point de pro-

duire une suffocation imminente, porter le doigt sur ces organes pour connaître si l'un ou l'autre offre, soit de la fluctuation, soit, comme cela a lieu quelquefois, une mollesse œdémateuse. L'incision de l'abcès fait, dans le premier cas, cesser définitivement la suffocation ; dans le second cas, la pression exercée avec le doigt sur les tonsilles, suspend, pour quelques moments, ces symptômes qui, chaque fois qu'ils reparaissent, peuvent de nouveau être combattus de la même manière. C'est peut-être le seul cas où l'incision de l'abcès soit nécessaire; on doit attendre, le plus ordinairement, son ouverture spontanée.

Avant de finir cet article, nous indiquerons quelques moyens thérapeutiques préconisés par plusieurs médecins dans l'inflammation des amygdales. Tels sont : 1° le pyrothonide et l'acide pyroligneux, dont M. Ranque d'Orléans qui dit en avoir, dans les angines tonsillaires spasmodiques et épidémiques, obtenu de grands avantages ; 2° l'insufflation d'alun porphyrisé au fond de la gorge, recommandée comme propre à la fois à abréger la durée de l'inflammation, et à prévenir les récidives, par M. Laënnec, de Nantes ; 3° les gargarismes de solution d'alun employés par Bennati, l'un des auteurs de l'article *Amygdalite* inséré dans le *Dictionnaire de médecine*, t. II, et qui a vu quelques faits dans lesquels les gargarismes aluminés ont semblé favoriser le retour des amygdales à leur volume naturel ; 4° Guyton-Morveau a fait, il y a quelques années, connaître un procédé qui lui a réussi pour guérir, dans l'angine, l'engorgement considérable des amygdales. Il consiste à porter du carbonate de chaux en poudre sur ces glandes. Guyton-Morveau pense que ce médicament agit sur les tonsilles tuméfiées d'une manière mécanique pour diminuer leur volume. Quelques chirurgiens prétendent aussi avoir obtenu la résolution en touchant tous les jours ces organes avec un pinceau chargé d'acide muriatique. Mais de nombreuses et nouvelles expérimentations sont nécessaires pour apprécier la valeur thérapeutique de ces divers moyens d'une manière plus rigoureuse. (Voyez Chomel et Blache, *Dict. de méd.*, 2e édit., t. II, p. 495.)

Une des complications les plus graves de l'amygdalite, c'est l'*angine granuleuse*. Mais avant d'aborder le traitement de cette complication, il est bon d'en rappeler les principaux caractères. Nous ne pouvons mieux faire que d'en emprunter la description à un compte rendu de la clinique de M. Chomel. Il en résume ainsi les symptômes et la thérapeutique :

« L'angine granuleuse ou mamelonnée, ainsi qu'on l'appelle, est caractérisée par les symptômes suivants : douleur pendant la déglutition, principalement ressentie pendant les premiers moments de déglutition, et cessant à mesure que ces mouvements sont répétés. Cette douleur se fait également éprouver pendant les mouvements qu'exige la parole. Les malades ressentent un chatouillement et une titillation incommodes au fond de la gorge, un besoin fréquent d'avaler et de cracher ; enfin un sentiment continuel de gêne dans toute l'arrière-gorge. Ces sensations désagréables préoccupent tellement les malades, qu'ils sont constamment distraits, et ne répondent qu'avec embarras et difficulté à ce qu'on leur demande. En déprimant fortement la base de la langue, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx qui, au lieu de la couleur rose-pâle et de la surface lisse et unie qu'elle présente habituellement, offre une surface saillante, rugueuse, inégale, d'une teinte rouge-violacée, avec de petits points disséminés çà et là, tantôt sur les côtés, tantôt au centre, et recouverte d'une couche plus ou moins abondante de sérosité épaisse semblable à du blanc d'œuf, et quelquefois même à du muco-pus. Ces granulations se développent peu à peu, se groupent de manière à donner à la paroi postérieure du pharynx cette apparence mamelonnée qui a fait donner à la maladie le nom que nous indiquions tout à l'heure.

« Le traitement de cette maladie est long; car cette espèce d'inflammation, bien que peu grave en elle-même, résiste avec une grande ténacité aux moyens que l'on a jusqu'à présent mis en usage contre elle. Il arrive ici ce que l'on observe pour les granulations du col de l'utérus, affection qui fait souvent le désespoir des médecins. Il est d'ailleurs, dans cette circonstance, beaucoup plus difficile d'employer les moyens locaux dont l'usage est

facile pour le col de l'utérus ; car ce dernier organe est peu sensible, et supporte aisément l'action des topiques même les plus énergiques, tandis que la sensibilité du pharynx est telle, au contraire, que le moindre attouchement sur cette région excite chez les malades une vive répugnance et une résistance involontaire. Beaucoup de moyens ont été préconisés. D'après l'observation que plusieurs médecins avaient faite, de la coïncidence de cette affection avec diverses maladies chroniques de la peau, telles que dartres, loupes, etc., comme on l'avait, du reste, déjà remarqué pour l'inflammation granuleuse du col de l'utérus, on avait cru voir pour le traitement de cette maladie l'indication des bains sulfureux ou alcalins. On s'est, en général, bien trouvé de l'usage de ces bains en y joignant l'application d'exutoires à la peau, et l'administration des purgatifs. On est souvent parvenu, à l'aide de ces moyens, à vaincre la maladie pour quelque temps; mais le plus souvent elle s'est reproduite au bout d'un temps plus ou moins long. On a alors eu recours aux moyens dont on fait habituellement usage dans les angines ordinaires, tels que le borax, l'alun et même le nitrate d'argent, soit solide, soit dissous; mais ces cautérisations ont l'inconvénient, comme nous le disions tout à l'heure, d'être très douloureuses, au point qu'on est souvent obligé d'y renoncer; c'est ce qui arrive lorsqu'on cautérise avec le nitrate d'argent solide, ce que l'on ne peut faire qu'en promenant pendant quelques instants le caustique sur la muqueuse de l'arrière-bouche. On préfère, par ces motifs, les caustiques liquides, même très concentrés, et qu'il suffit de porter rapidement et en une seule fois, à l'aide d'un pinceau sur les parties affectées. Les cautérisations, ayant pour effet de modifier la vitalité des tissus, sont, sans contredit, les meilleurs moyens de combattre cette inflammation chronique spéciale, inflammation dont un des caractères est l'extrême résistance qu'elle oppose à tous les traitements. Il faut, toutefois, apporter une certaine mesure dans l'usage de ces moyens, et n'y arriver que par degrés, si l'on ne veut s'exposer à voir survenir des accidents plus ou moins graves. Il faut procéder, à cet égard, comme on l'a fait pour les maladies de l'utérus, et spécialement pour l'inflammation granuleuse du col, c'est-à-dire ne point soumettre les malades à un traitement énergique et douloureux, mais les y mener peu à peu et après avoir préalablement employé des moyens plus doux.» (*Gazette des hôpitaux*, t. IV, p. 131, 1842.)

Il faut s'attendre à la formation du pus dans l'amygdalite si l'inflammation n'est nullement modifiée par les antiphlogistiques employés pendant plusieurs jours, si la tuméfaction a lieu très rapidement, et qu'à des douleurs gravatives succèdent des douleurs pulsatives avec gêne toujours plus considérable de la déglutition. On a la certitude de l'existence de l'abcès, quand, après l'observation de ce phénomène, on constate un changement de couleur de la glande qui tire un peu sur le jaune, et quand surtout il y a fluctuation. On peut voir quelquefois sur la glande un point plus proéminent; c'est là que la rupture de la poche s'opérera; elle a lieu ordinairement par un effort que le malade fait pour cracher, avaler, parler ou vomir.

C'est parfois pendant le sommeil que l'ouverture de l'abcès a lieu. Il arrive assez souvent que même pendant la veille le malade ne s'aperçoit pas de ce phénomène ; une fétidité de la bouche et des stries de sang dans les crachats sont les seuls signes qui indiquent que l'abcès est ouvert.

ARTICLE II.

Abcès des amygdales.

Souvent l'amygdalite se termine par un abcès. La collection purulente est tantôt sous-muqueuse, tantôt profonde. Dans ce dernier cas, le pus se fait jour ordinairement dans la bouche ou dans le pharynx, et quelquefois à l'extérieur du cou. On a vu chez le même sujet un exemple de l'existence simultanée de ces deux cas, le foyer s'ouvrant en même temps dans le pharynx et à la peau ; enfin, ainsi que nous l'avons dit précédemment, le pus a, dans quelques cas exceptionnels, suivi les gaines des vaisseaux du cou et fusé dans la poitrine. « Il est probable que, dans la plupart de ces faits, il s'agit d'une suppuration superficielle ; l'humeur sécrétée dans les lacunes des tonsilles est alors rejetée pres-

que aussitôt dans le pharynx.» (Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. IV, p. 245.)

J.-L. Petit a parfaitement fait sentir la difficulté de percevoir la fluctuation dans l'amygdale.

« Comme ces abcès ont ordinairement leur siége dans le corps des amygdales ou dans la partie de la valvule qui les entoure, c'est aussi là qu'il faut porter le doigt pour s'assurer du lieu que la matière occupe. La fluctuation n'est pas toujours si distincte qu'on ne s'y trompe quelquefois. Le pus qui se trouve dans cette partie du gosier, qui n'a point d'os pour appui, répond au doigt différemment de celui qui occupe la partie du palais appuyée sur les os maxillaires; car la fluctuation n'est pas seulement la sensation que cause le pus, lorsque, ayant été poussé contre des parties qui lui ont résisté, il revient frapper le doigt. On voit par là que, pour être assuré de l'existence d'un fluide dans quelque partie, il faut qu'il y ait action et réaction, ce qui, dans les abcès des amygdales et de la cloison, ne peut être aperçu que lorsque ces parties, étant extrêmement gonflées, appuient sur la partie de l'œsophage qui touche les vertèbres du cou. » (J.-L. Petit, *OEuvres chirurgicales*, p. 403.)

Après l'évacuation du foyer, ses parois reviennent sur elles-mêmes et la glande tend à reprendre son volume normal. Quoique le plus souvent elle n'y revienne pas complétement; il arrive cependant quelquefois que son volume reste plus petit qu'avant l'inflammation purulente; alors le pus était renfermé dans une seule poche.

MM. Chomel et Blache veulent qu'on attende l'ouverture spontanée de cet abcès; d'autres praticiens consentent seulement à la provoquer avec l'émétique par le vomissement que ce médicament excite; mais aujourd'hui les chirurgiens sont d'accord pour ouvrir dès que le pus est formé, et c'est la conduite dont les malades se trouvent le mieux.

On a imaginé une foule d'instruments pour ouvrir les abcès de l'amygdale. Le plus ingénieux est sans contredit le pharyngotome de J.-L. Petit. Voici comment il le décrit lui même :

« J'ai inventé un instrument très commode pour faire cette opération facilement et sans danger; je l'ai nommé pharyngotome. Cet instrument porte une lancette renfermée dans une canule, et à l'extrémité de laquelle se trouve une espèce de platine qui sert à abaisser la langue et à l'assujettir pendant qu'on désigne le lieu où doit plonger la lancette, ce qu'on fait en poussant le bouton qui se trouve à l'extrémité extérieure de la tige à laquelle est attachée la lancette. Comme on ne se sert pas souvent de cet instrument, avant de l'introduire dans la bouche il faut le mouvoir et mettre un peu d'huile dans le ressort, qui quelquefois se rouille et ne retire pas assez promptement la lancette dans sa gaîne, elle doit s'y mouvoir avec facilité, soit pour en sortir soit pour y rentrer. C'est pourquoi je désapprouve ceux qui ont fait faire des pharyngotomes courbes, parce que la lancette ne peut se mouvoir aussi facilement dans une gaîne courbe qu'elle se meut dans une droite, quelque soin qu'on prenne à donner à la tige la même courbure qu'à la gaîne d'où sort la lancette et dans laquelle elle se retire. C'est aussi ce qui fait que, en poussant le bouton pour faire sortir la lancette, on sent une résistance qui vient de ce que la tige ou la lancette, ou les deux ensemble, souffrent un frottement dans la gaîne; il est pourtant bien nécessaire que cette lancette se meuve avec toute la liberté possible, puisqu'il faut que l'opération soit prompte; car il y a peu de malades qui, sentant la pointe de cet instrument, ne se retirent et ne fassent manquer le coup. » (J.-L. Petit, *OEuvres chirurgicales*, p. 402.)

Mais le pharyngotome de J.-L. Petit, comme les autres instruments spéciaux destinés à cette opération sont abandonnés. Cependant chez les enfants nous croyons qu'il faudra se servir du pharyngotome toutes les fois qu'on l'aura sous la main. Les mouvements et les cris du petit malade, l'agitation de la langue et de l'isthme du gosier rendent ici cet instrument réellement préférable.

Lorsqu'on est sûr de la docilité du sujet on emploie la lancette ou un bistouri ordinaire, dont la lame est recouverte d'une forte bande jusqu'à deux centimètres environ de sa pointe.

« Mais quoique cette opération paraisse

une bagatelle, surtout quand on se sert du pharyngotome, l'inquiétude du malade, les mouvements qu'il se donne, la déglutition pour avaler la salive, la toux et l'envie de cracher qui viennent à contre temps, la lenteur du chirurgien à décider du lieu où il doit percer, font que souvent il est obligé de retirer l'instrument, et que quelquefois, pour trop se presser, il n'ouvre qu'à demi, ou que pour ne point manquer son opération, il pousse trop la lancette et perce la cloison d'outre en outre (pour un abcès du voile du palais). Si on n'ouvre pas assez la tumeur, c'est une faute légère; le chirurgien peut même le cacher, parce que le malade se trouve un peu soulagé par le sang qui coule; mais il est plus fâcheux de percer la cloison à côté de la tumeur; car outre que le malade n'est point soulagé, c'est que cette ouverture ne se referme pas toujours avec facilité: ce n'est pas quelquefois une simple ponction, c'est une ouverture très large à laquelle les mouvements irréguliers du malade peuvent avoir plus contribué que la précipitation du chirurgien. » (J.-L. Petit, *OEuvres chirurgicales*, Paris, 1837, p. 402.)

ARTICLE III.

Hypertrophie des amygdales.

Il n'y a peut-être pas d'inflammation plus sujette à la récidive que l'amygdalite; aussi cette fréquence de la phlegmasie occasionne-t-elle une affection qui en est souvent la conséquence, nous voulons parler de l'hypertrophie. C'est là l'origine ordinaire de l'excès du volume des amygdales. « Mais on ne remarque pas assez, dit M. Vidal, de Cassis, que souvent ces inflammations sont précédées par l'hypertrophie qui est alors la cause et non l'effet. Ainsi chez certains enfants scrofuleux, on observe en même temps un développement considérable des lèvres et de la langue; si on pénètre plus profondément, il n'est pas rare de trouver que le mouvement hypertrophique ne s'est pas borné à ces organes, qu'il a aussi développé les amygdales. De pareils sujets sont souvent affectés d'angines tonsillaires; car les glandes étant plus grosses qu'il ne faut, gênent les fonctions du palais, dépassent les piliers, obligent à des efforts qui irritent la gorge; de là plus de disposition aux angines et le développement de ces inflammations, pour peu que l'action de l'air soit vive ou qu'une autre cause s'ajoute à celle dont l'individu est naturellement porteur. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. 4 p. 248).

Quoi qu'il en soit, c'est, en règle générale, le retour fréquent de l'inflammation qui détermine l'hypertrophie de l'amygdale. Chaque inflammation ajoute au volume de la glande qui finit par atteindre des proportions fâcheuses. Si le plus souvent une série d'inflammations est nécessaire pour produire ce résultat, on l'a quelquefois rencontré à un très haut degré à la suite d'une seule phlegmasie.

Obs. 1. Une demoiselle de seize à dix-sept ans, d'une bonne constitution, fut amenée à Reims, en 1757, pour y chercher du secours contre un gonflement considérable des amygdales, suite d'un violent mal de gorge qu'elle avait eu quatre mois auparavant. Chaque glande était plus grosse qu'une noix, et elles se touchaient derrière la luette, qu'elles relevaient ainsi que le voile du palais porté en avant par le volume des tumeurs; la déglutition, la respiration même et la prononciation étaient lésées : l'arrière-bouche était remplie, de sorte qu'il semble qu'on aurait pu faire périr la malade de suffocation en lui bouchant les narines. Quoique la maladie fût chronique, il était urgent d'y apporter un remède efficace; car dans cet état, à la moindre inflammation qui serait survenue, le danger de perdre la vie aurait été imminent. M. Caqué proposa l'amputation avec l'instrument tranchant.

» Il n'avait jamais vu pratiquer cette opération dont il sentait la nécessité absolue; on ne lui avait même jamais enseigné à la faire: mais les connaissances anatomiques lui avaient appris que les vaisseaux, qu'il serait dangereux d'ouvrir, étaient sous la glande, et qu'il n'y donnerait aucune atteinte par l'opération qu'il se proposait de faire. Ces amygdales fort grosses et à bases larges, étaient en même temps blanches et plus fermes que toutes celles que M. Caqué a extirpées depuis; le vice était purement local. Ces considérations et

le danger que courait la malade en négligeant le seul remède qui pouvait lui être utile, déterminèrent M. Caqué, qui nous peint avec une candeur digne de louanges et favorable à l'instruction, tout ce que l'inexpérience et la crainte lui donnèrent de peine dans ce premier essai.

» La malade fut saignée du pied la veille de l'opération : un gargarisme astringent, des pinceaux de charpie, de l'eau styptique, de l'essence de Rabel, des pierres de vitriol et de l'eau à la glace, furent ordonnés par précaution pour servir en cas de besoin.

» M. Caqué ayant mis la malade en situation convenable, introduisit, à la profondeur de sept à huit lignes, le bout d'une sonde cannelée dans l'une des lacunes qui se trouvaient dilatées à l'extrémité de l'amygdale gauche qu'il attaqua la première : à la faveur de cette sonde, il conduisit une lame de ciseaux droits et mousses jusqu'à son bout, et fendit l'amygdale dans cette étendue d'un seul coup. Les instruments furent retirés aussitôt pour permettre à la malade de cracher : ce qu'il pouvait rester d'inquiétude sur l'hémorrhagie, fut dissipé à l'instant; la salive que la malade expulsa, était à peine teinte. M. Caqué en fit autant dans une autre lacune; il eut ensuite recours à l'érigne et au bistouri, à différentes reprises; enfin, il retrancha en tâtonnant ainsi, à peu près la moitié de ce qu'il y avait à emporter de cette amygdale : cette séance dura vingt minutes; la malade ne perdit que le quart d'une palette de sang. La crainte de la fatiguer fit remettre au lendemain la résection de ce qui restait d'excédant. Le soulagement marqué dont fut suivi ce retranchement d'une portion de la glande, soutint le courage de la malade, et lui inspira de la constance. Elle se remit le lendemain entre les mains de l'opérateur avec plus de confiance que la veille. Il redoutait plus l'hémorrhagie à mesure qu'il fallait inciser plus près de la base de la glande ; il en approchait avec beaucoup de circonspection, en ne coupant qu'une lame très mince de la tumeur à chaque coup d'instrument. Avec la patience et la persévérance de la malade on parvint enfin à enlever toute la portion de l'amygdale qui excédait sa grosseur naturelle, sans une plus grande effusion de sang que dans l'opération de la veille.

» Le surlendemain, M. Caqué, enhardi par le succès, abrégea considérablement l'opération par laquelle il retrancha une portion de l'amygdale droite. Il fit asseoir la malade vis-à-vis d'une fenêtre, sur un siége d'une hauteur convenable, afin d'éclairer. autant qu'il serait possible, l'arrière-bouche : la tête fut légèrement renversée et contenue sur la poitrine d'un aide, après avoir pris la précaution de faire gargariser et cracher, pour enlever le mucus de la gorge et la salive qui masquent quelquefois les parties sur lesquelles on doit opérer. Ces menus détails, nécessaires à l'instruction des élèves, ne doivent point paraître déplacés sur une matière intéressante que personne n'a approfondie, et qui a été à peine effleurée. Faute de spéculum, la langue fut contenue avec le manche d'une cuiller par un aide placé à la droite de l'opérateur qui saisit la tumeur avec une érigne, dont le crochet était assez grand pour pénétrer dans les trois quarts de l'épaisseur de la glande : il tenait cette érigne de la main droite, la gauche était armée d'un long bistouri couvert d'une bandelette, jusqu'à sept à huit lignes de sa pointe mousse. Tandis que de la main droite, M. Caqué tirait l'amygdale avec l'érigne dont le manche portait sur la commissure des lèvres du côté gauche, il insinuait l'extrémité du bistouri à plat entre le voile du palais et l'amygdale, parce qu'ils étaient très serrés l'un contre l'autre : il tourna ensuite le tranchant sur le sommet de la glande tuméfiée, qu'il incisa en travers, environ dans les trois quarts de son épaisseur, au niveau du voile du palais : il n'était pas possible, dans cette direction, d'achever la résection sans s'exposer à blesser la base de la langue plus élevée que le bas de la tumeur : on termina l'opération avec des ciseaux droits de six à sept pouces de longueur, et dont les lames, plus longues que les branches, s'ouvraient suffisamment pour embrasser la tumeur, sans que les dents de la malade s'opposassent à l'écartement des branches. Elle ne perdit pas plus de sang que la veille; la saignée qu'on fit pour prévenir les accidents, parut une précaution superflue. A l'aide de quelques gargarismes, la guéri-

son fut parfaite au bout de cinq à six jours, et depuis ce temps, la demoiselle a joui d'une parfaite santé et n'a éprouvé aucun mal de gorge.

» Le changement d'instrument a été un inconvénient dans l'opération qui vient d'être décrite ; et l'auteur avoue qu'on aurait pu l'éviter en passant d'abord le bistouri sous la glande pour l'inciser de bas en haut. Une tumeur un peu volumineuse, incisée de haut en bas aux deux tiers, et que des mouvements convulsifs de la gorge forceraient d'abandonner, pourrait causer la suffocation, comme Wiseman et M. Moscati en ont vu le danger. En général, dans le cas où l'on ne peut pas se promettre une résection facile et prompte, d'un seul trait, les ciseaux appropriés seront préférables à l'instrument tranchant contre lequel il serait possible que le malade se blessât, malgré toute l'habileté du chirurgien, dans certains mouvements involontaires qu'on ne peut ni prévoir ni empêcher. L'indocilité des malades, leur inquiétude, une surabondance de salive qu'on a besoin de cracher, occasionnent ces mouvements. Alors il faut retirer le bistouri et même l'érigne. C'est la facilité de dégager ce dernier instrument, quand il est à simple crochet, qui a déterminé M. Caqué à préférer l'érigne simple à la double, par laquelle on assujettirait encore mieux la tumeur. Il observe que pour la résection de l'amygdale droite, il faut confier l'érigne à un aide, dont on n'est jamais aussi sûr que de soi-même, et c'est encore un inconvénient : on est rarement ambidextre avec des ciseaux.

» Les préceptes généraux sont toujours lumineux ; mais leur application exige des connaissances de détails fort variées, que l'expérience peut seule nous donner. » (Caqué, *Memoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 365.)

Les tonsilles restent souvent, à la suite d'inflammations répétées, assez grosses pour gêner la déglutition, l'audition, et même la respiration ; la dureté qu'elles acquièrent en même temps a fait croire, pendant des siècles, qu'elles passaient à l'état squirrheux. Mais depuis Claudinus, et B. Bell, surtout, généralement on a reconnu la fausseté de cette opinion, qu'on retrouve, non sans beaucoup de surprise, dans quelques ouvrages récents. Aujourd'hui, dit M. Velpeau, tous les chirurgiens savent que l'induration des amygdales avec gonflement n'est autre que l'hypertrophie, et que presque jamais elle ne donne lieu au cancer ni au squirrhe.

On l'a soumise à un traitement qui a beaucoup varié. Sans compter les scarifications vantées par Asclépiade, Celse, Heister, Maurain, et même par quelques modernes, entre autres, M. A. Bérard (Fabre, *Thèse* n° 133, Paris, 1832), la cautérisation, la ligature, l'extirpation et l'excision, sont les moyens par lesquels on l'a combattue. Nous allons successivement passer en revue ces méthodes en prenant pour guide la médecine opératoire de M. Velpeau.

A. *Cautérisation.* — C'est Mesué qui, le premier, paraît avoir osé porter des caustiques sur les amygdales, il se servait du cautère actuel. Quand il tenait à détruire tout le mal, Brunus suivait la même pratique. Vint ensuite Mercatus, qui avait adopté un cautère en or, chauffé modérément, et qu'il conduisait à travers une canule. Moins exigeant que Mercatus, M. A. Severin se contentait d'un instrument en fer, et d'ailleurs il n'y avait recours que pour les amygdales à large base, non plus que son ami Aflisius. Après avoir dit qu'Ed. Mol cautérisait les tonsilles très heureusement en les perçant avec un fer chaud à plusieurs reprises, Wiseman avoue qu'il aime cependant mieux l'emploi des escarrotiques ; Heister, Juncker, Freind, les conseillent aussi sous des formes différentes.

De nos jours, la *pierre infernale*, employée avec succès par Morand, est encore parfois usitée ; mais elle n'est utile, non plus que le sulfate de fer, de cuivre, d'alumine, que dans les cas d'induration récente, ou peu considérable. MM. Perroneaux, Roger, Quotard. F. Hatin, Sarmento, qui, après MM. Velpeau, Bretonneau, Guillon et Toirac, ont proposé, contre les angines aiguës, le nitrate d'argent, et ont même, à cet effet, imaginé des porte-caustiques qui pourraient offrir de l'avantage, surtout celui de M. Sarmento. Le fer rouge, que Louis semble adoper, préférable s'il s'agissait d'une cautérisation

énergique, évidemment n'est applicable qu'aux tonsilles fongueuses, dans les cas où l'on craindrait d'avoir laissé une portion de ce qu'on voulait enlever, de voir la maladie repulluler, et le sang s'échapper, après l'excision, en trop grande quantité. Or, ces diverses exceptions indiquées par Percy et par Boyer étant rares, il en résulte que presque jamais la cautérisation ne doit être admise.

B. *Ligature.* — Employée depuis longtemps en France, la *ligature*, imaginée pour éviter sûrement l'hémorrhagie, et moins effrayer les malades, n'avait été prescrite clairement par personne néanmoins. Fabrice de Hilden est le second auteur qui la recommande avant Guillemeau, qui, pour la faire, se servait d'une sorte de pince serre-nœud assez ingénieusement disposée. Il avait inventé à ce sujet, pour porter et serrer le fil, la canule armée d'un anneau cannelé. Cet instrument reproduit comme de nouvelle invention par Smith (*Journal des progrès*, etc., t. VI, p. 275), n'a pas été plus adopté que l'instrument de Guillemeau. Cheselden, l'un de ses principaux partisans, l'appliquait au moyen d'une simple sonde, lorsque la tumeur était comme pédiculée. Il passait autrement à travers la glande, avec une aiguille courbe, pour ensuite en étrangler séparément les deux moitiés, un double fil. Sharp opérait de cette manière exclusivement; Lecat, après Castellanus, Levret, Heuermann, l'a modifiée surtout en ce sens que les deux brins de fil étant de couleur différente, jamais il n'est possible de les confondre. Bell faisant usage d'un fil d'argent ou d'une corde à boyau, l'engageait dans une canule courbée légèrement, qu'il portait jusque dans le haut du pharynx, par la fosse nasale correspondante, avec le doigt, en étendait l'anse et la plaçait autour de l'amygdale, et se servait de sa canule de même que d'un serre-nœud. Il suffisait à Desault d'un fil de Bretagne, conduit sur une double érigne par la bouche, et fixé à l'aide de son serre-nœud ordinaire. Heuermann, avant lui, avait soutenu que, pour cette ligature, les instruments à polypes de Levret sont ce qu'il y a de mieux. On pourrait l'exécuter également avec l'instrument en chapelet de Mayor, ou bien à l'aide d'un fil d'argent porté sur une pince, comme C. Siébold.

Malgré le succès que Physik lui attribue, et qu'on a peine à comprendre, les efforts faits en Angleterre, par MM. Chevallier et C. Bell, pour la faire prévaloir de nouveau, les inconvénients de la ligature, déjà remarqués par Van Swiéten et Moscati, sautent aux yeux de tout le monde, et sont tellement inhérents à l'opération elle-même, que personne ne l'emploie maintenant.

C. *Extirpation.* — Celse semble vouloir indiquer l'*extirpation* par ces mots : *oportet digito circumdare (tonsillas) et evellere*. Elle a été positivement prescrite par Paul d'Egine, *ipsam totam (tonsillam) ex fundo per scalpellum resecamus*; il la pratiquait avec un bistouri courbe. A ce sujet Ali-Abbas avait inventé une sorte de crochet qu'on appelle *senora*, et Abu'l-Kasem un petit couteau ayant la forme de faucille. Au lieu de l'*ancylotome* de Paul, J. Fabrice conseille d'abord d'isoler la glande avec un élévatoire, ensuite de la saisir avec des pinces, et de la tirer adroitement, afin que sans peine, dit-il, elle cède comme de son bon gré.

A la rigueur, il serait possible d'arracher les amygdales en les énucléant avec l'ongle et le doigt, comme probablement on le faisait du temps de Celse; mais ce serait, en pure perte, augmenter les souffrances du malade, et il est facile de comprendre qu'une éradication pareille ne laisserait pas d'être dangereuse. L'extirpation des tonsilles est complétement inutile; depuis longtemps la rescision l'a remplacée. Néanmoins si on voulait la tenter, rien ne serait plus simple. La pince de Museux ou une érigne, pour dégager et tirer la glande d'entre les piliers du voile du palais; un bistouri boutonné et étroit, pour en couper la racine, suffiraient, comme dans l'excision ordinaire. Il faudrait seulement se garder d'aller au delà des limites latérales du pharynx, car alors le plexus veineux, ou quelque vaisseau plus important encore, par exemple la carotide qui se trouve sur les côtés de cet entonnoir musculeux, pourrait être blessée, et de là naîtrait une hémorrhagie redoutable.

D. *Excision.* — Quoique le premier qui ait annoncé formellement qu'il ne faut en-

lever que la partie proéminente des tonsilles, et n'en faire jamais l'extirpation, paraisse être Aétius, la rescision avait cependant été recommandée avant lui. L'opération désignée par Asclépiade sous le nom d'*homoïotomie*, ne peut pas être autre chose, n'a-t-elle pas également été décrite par Celse dans cette phrase : *Si ne sic quidem resolvuntur, hamulo excipere, et excidere scalpello*. Depuis lors, ceux qui l'ont admise ont essayé, presque tous, d'en modifier l'exécution. Suivant Rhazès, il faut saisir la tumeur, en retrancher le quart, mais il dit que c'est une opération si dangereuse, qu'il vaut mieux recourir à la bronchotomie. Wiseman, au lieu de l'ancylotome des anciens, du bistouri courbe et de la double érigne de Museux, commençait par lier l'amygdale, et se servait ensuite du fil comme d'une érigne, pendant qu'avec des ciseaux il excisait la glande. Moscati, d'abord partisan de la ligature proscrite déjà par Cavallini, et qui, plus tard, avec un bistouri courbe fixé sur une lame de bois, pratiquait l'excision, adopta ensuite un autre procédé ; il commençait par inciser la tonsille crucialement avec un bistouri convexe, après quoi il en excisait séparément les quatre lambeaux, en ayant soin, entre chaque opération, de laisser trois ou quatre jours. Maurain critique avec raison la méthode de Moscati, et veut, comme Levret, que d'un seul coup on emporte toute la protubérance avec des ciseaux courbes faits exprès. Lecat en revint à l'érigne double de Heister, et conseilla un petit couteau concave à pointe émoussée, ou des ciseaux courbes et obtus. Foubert recommandait, à la même époque, d'embrasser la glande avec une pince à polype, et de presser fortement la base, afin d'en contondre les vaisseaux, pendant que d'un seul coup de bistouri on l'excise.

Caqué se loue beaucoup d'une érigne simple, et d'un couteau boutonné, ayant le tranchant presque droit et coudé sur son manche. Le bistouri ordinaire suffit, selon Louis, et il prétend que si on coupe la glande de bas en haut, sûrement on l'empêchera de se renverser sur l'ouverture du larynx, d'exposer, comme dans les cas qui ont tant effrayé Wiseman et Moscati, le malade à la suffocation. Museux inventa à ce sujet les pinces qui portent son nom, et il soutint qu'il serait impossible à la tonsille d'échapper une fois saisie avec cet instrument. La double érigne ordinaire et le kiotome étaient préférés par Desault. Quoique ingénieux, l'instrument de Desault n'est plus employé. Le bistouri boutonné droit est infiniment plus commode et mérite à tous égards la préférence, comme le fait remarquer Boyer.

Si les auteurs ont tant varié dans la manière de pratiquer une aussi simple opération, c'est que, chez les sujets indociles, les enfants par exemple, ceux encore qui ont la bouche petite, profonde, ou qui ne l'ouvrent que difficilement, elle offre des difficultés assez grandes. J'espère, dit M. Velpeau (*loc. cit.*, t. III, p. 357), qu'un coup d'œil jeté sur les temps qui la composent me permettra de réduire les assertions principales des opérateurs, qui viennent d'être cités, à leur juste valeur.

a. Speculum oris, abaisseurs de la langue. — Maintenir la bouche du malade ouverte et maîtriser les mouvements de la langue, voilà la première chose dont on se soit occupé. De là les glossocatoches divers des anciens, et les espèces nombreuses de *speculum* qui se sont succédé depuis A. Paré jusqu'à nos jours; de là, le chevalet, dont le manche courbé en S donnait le moyen à Caqué de tirer en arrière la commissure labiale, et de tenir les mâchoires écartées; cette plaque d'argent qui, pendant que son manche, un peu relevé, porte sur l'arcade dentaire inférieure, qu'il permet d'abaisser, s'applique sur la langue; cet autre instrument plus compliqué, proposé par M. Lemaistre-Florian, ensuite par M. Garnier, et qui doit maintenir solidement la bouche ouverte et la langue abaissée sans gêner les mouvements de l'opérateur; la plaque coudée à angle droit, en buis ou en ébène, du reste assez semblable à la corne dont on se sert en se chaussant pour relever le talon des souliers, et qui est regardée comme fort avantageuse par MM. Roche et Sanson; de là encore l'instrument de M. Colombat, le coin annulaire de M. Saint-Yves, la longue tige à disque de M. A. Bérard, etc. Mais tout simplement une feuille de myrte, une spatule, le manche d'une cuiller d'argent, ou même le doigt, puis un petit

morceau de liège, valent tout autant et embarrassent moins que toutes ces ingéneuses inventions, quand il est sous ce rapport, réellement utile de s'occuper de la bouche ou de la langue.

b. Fixer l'amygdale. — Evidemment la *ligature préalable* de Wiseman est un hors-d'œuvre plus fatigant que l'excision elle-même. Il est à craindre que l'érigne ne déchire les tissus, si elle est simple, et s'échappe; qu'elle soit trop difficile à dégager, si elle est double, au contraire, ou surtout quadruple, comme dans les *pinces de Museux*. En outre, on reproche à ces dernières de nuire au jeu des autres instruments par leur volume, et de n'être pas aisément supportées par les malades. Enfin, l'*érigne* à trois pointes, inventée par M. Marjolin, serait plus embarrassante encore, s'il fallait, avant la fin de l'opération, lâcher prise, que l'instrument du chirurgien de Reims. Quoique la plupart des inconvénients signalés soient fort légers, il n'y a nul doute que dans ces reproches il n'y ait quelque chose de fondé. Le choix de l'érigne, après tout, n'est pas ici l'affaire importante. Celle qui est simple permettra de tirer avec autant de force, ne dilacérera pas plus les tissus qu'une érigne double, pourvu qu'elle soit douée d'une certaine solidité, que son arc ait une certaine étendue, et qu'elle saisisse, avec ses deux tiers externes. Louis n'a point eu de sujet pour s'en plaindre, et M. Velpeau en a trouvé l'emploi très commode. L'érigne double, du reste, encore usitée par Boyer et par Desault, n'a que l'inconvénient d'être un peu moins facile à placer. Quoique moins aisées à manier, les pinces de Museux, préférées par Dupuytren, ont l'avantage de ne point exposer à blesser, quand on les retire, les diverses parties de la bouche, avantage qu'on ne retrouve plus dans l'érigne de M. Marjolin. La pince-érigne de M. Ricord n'est pas d'un meilleur usage que celle de M. Marjolin. La pince à polype, coudée en L, de M. Chaumet, celle de M. Saint-Yves, l'érigne à quatre crochets de M. Baudens, sont dans la même catégorie.

MM. Velpeau, Blandin, Amussat, Ricord, Baudens ont proposé les *grands bistouris* mousses ou boutonnés, courbes ou droits, à ressorts ou à manche fixe; pure reproduction d'anciens instruments, ils n'en sont pas moins utiles.

Quant à ce qui est de l'instrument tranchant, maintenant on ne balance plus qu'entre les ciseaux et le bistouri boutonné. On est plus sûr avec les premiers, en choisissant de préférence des ciseaux à pointe mousse, ou boutonnés et courbes sur le plat, les ciseaux de M. J. Cloquet surtout (*Arch. gén. de méd.* 2ᵉ série, t. II, p. 124), de ne diviser rien de ce qu'il importe de ménager; mais ils opèrent une section moins nette, ils occupent, dans le pharynx et la bouche, un peu plus de place que le bistouri. La glande, pressée entre leurs branches, fuit d'ailleurs quelquefois et force à la diviser en plusieurs coups. Par rapport au bistouri, s'il n'est plus question que de ceux qui se terminent par une extrémité mousse ou un bouton, c'est qu'on blesserait facilement, avec les autres, la paroi postérieure du pharynx, dont il serait aussi assez facile de traverser la paroi externe. Le bistouri droit, et le plus étroit, est sans contredit le meilleur qu'on puisse employer. Le couteau de Caqué est trop large. Le kiotome mériterait à peine d'être mentionné s'il n'avait pas été recommandé par un homme aussi célèbre que Desault, et avait été envisagé par S. Cooper sous un jour moins avantageux.

Une fois les instruments choisis, reste à savoir comment l'excision s'exécutera. En la faisant, comme quelques uns l'ont conseillé, de haut en bas, il est à craindre que le bistouri ne finisse par entamer la base de la langue, et que la *glande* n'échappe et ne se *renverse sur le larynx*, ainsi que cela est arrivé plus d'une fois en faisant courir au malade un grave danger.

Obs. 2. « Moscati ne balança point à proposer cette opération au mois de septembre 1742, à madame N..., âgée de quarante ans, épouse d'un marchand de draps sur la place du Dôme à Milan. Elle avait l'amygdale gauche gonflée, au point que la luette en était portée du côté droit. Cette dame était fort replète et sujette à des accès de passion hystérique, avec constriction à la gorge. Eu égard à ces circonstances particulières, Moscati disposa la malade à l'opération par le régime

et les remèdes généraux, avec l'attention de faire plus de saignées préparatoires qu'il n'en aurait fait à une autre. Le jour pris, elle fut placée dans un fauteuil, et l'amygdale ayant été accrochée avec une érigne, Moscati coupa cette glande en incisant de haut en bas. Peut-être n'y mit-il pas toute la célérité requise; mais il avait fait à peine les deux tiers de la section nécessaire, que la malade fut saisie d'une toux violente par laquelle l'opérateur se trouva obligé de retirer l'érigne et le bistouri et d'abandonner l'œuvre. Cette circonstance le mit dans un embarras qu'il n'avait pas prévu : la malade ayant toussé trois ou quatre fois et rejeté quelques crachats de sang, resta tout à coup immobile, ouvrant la bouche et les yeux et tendant les bras. Elle était prête à être suffoquée. La première idée qu'eut Moscati dans ce cas, dont il est impossible de peindre l'urgence et la gravité, fut que l'amygdale renversée sur la glotte mettait la malade dans cet état périlleux; sans autre réflexion, il porta le doigt indicateur et celui du milieu dans le gosier et arracha violemment l'amygdale. La respiration fut rétablie sur-le-champ. Il n'y eut pas d'abord d'hémorrhagie; mais après un quart d'heure les crachats de sang vinrent et plus gros et plus fréquents : Moscati toucha la partie avec un bourdonnet de coton trempé dans une dissolution de vitriol et exprimé : il parvint facilement, par ce moyen, à resserrer l'orifice des vaisseaux : Moscati estime que c'est par ceux qui aboutissaient à la portion de la glande arrachée avec violence que le sang est sorti, parce qu'il n'est venu que consécutivement, et que l'extension que ces vaisseaux avaient soufferte leur a causé une sorte d'atonie qui a permis au sang de couler, après que la crispation produite par la divulsion violente eut cessé. » (Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 447.)

Wiseman a observé deux fois le même danger : la portion à demi-coupée de la glande amygdale, tombant sur la glotte, a mis en danger de suffocation deux malades qu'il opérait; et ce n'est qu'en relevant avec promptitude, au moyen d'un instrument, comme avec un levier, la portion glanduleuse, qu'il a fait cesser le péril imminent auquel ces personnes étaient exposées. Afin d'éviter cet inconvénient fâcheux, Wiseman ne donne pour précepte que l'attention de couper *d'un seul coup*, avec des ciseaux à bouton, la portion de glande que la ligature a comprise : on doit se rappeler que dans la main de cet habile praticien anglais, la ligature fait l'office d'érigne; mais il avait coupé, dans l'un des deux cas où il a vu le danger de suffocation, l'anse du fil en même temps que l'amygdale, dont la section n'était pas complète. Il semble, dit Louis, que dans l'usage de l'érigne, en faisant la résection de l'amygdale de bas en haut au lieu d'y procéder de haut en bas, on se mettrait à l'abri d'un accident aussi dangereux que celui dont nous parlons. Cette attention est bien simple, et elle suffit pour prévenir l'inconvénient formidable d'une imparfaite rescision, que l'écoulement de sang, ou un peu de mucosité et de salive dans la gorge empêcheraient de rendre complète, par rapport aux mouvements imprévus que peut occasionner cet écoulement.

L'inquiétude extrême que l'accident décrit avait donnée à M. Moscati le détermina à opérer d'une manière particulière dans une autre occasion. Elle se présenta vers la fin de février 1744.

Obs. 3. Une religieuse, fille de qualité, âgée de trente ans, était attaquée depuis longtemps, presque tous les ans, d'une inflammation à la gorge, avec difficulté de respirer, et assez ordinairement à l'approche du flux menstruel, quelques précautions qu'on eût prises pour prévenir ces accidents. Ils se déterminaient le plus souvent par la suppuration des amygdales; les abcès s'ouvraient d'eux-mêmes, et la malade était très soulagée par l'évacuation de la matière purulente. Fatiguée de cette incommodité dont les retours devenaient de plus en plus fâcheux, la malade consulta M. Moscati. Il trouva les amygdales tellement grosses, qu'elles touchaient à la luette; l'opération fut proposée comme l'unique moyen capable de procurer la guérison radicale. La malade, qui en craignait le danger, ne s'y soumit qu'après un nouvel accident, par lequel elle éprouva une inflammation plus violente que toutes celles qu'elle avait eues jusqu'alors. Elle fut préparée par les re-

mèdes généraux dans une saison très favorable, c'était vers le milieu du mois de mai. L'embarras, toujours présent à l'esprit de Moscati, où l'avait jeté le renversement de l'amygdale sur la glotte dans l'opération précédente, lui suggéra de procéder différemment.

» Après avoir placé la malade dans un fauteuil tourné au jour d'une manière convenable, au lieu d'accrocher l'amygdale avec une érigne pour l'amputer, il se contenta de faire une incision en long sur la glande avec un bistouri courbe armé d'une bandelette. Il laissa couler librement le peu de sang que fournit cette scarification : la malade en rendit sept ou huit crachats au plus. Elle se remit en situation, et Moscati fendit l'amygdale en travers, en sorte que la protubérance de cette glande se trouva divisée en quatre parties par une incision cruciale. Il sortit encore du sang, mais en très petite quantité. Moscati plaça, au moyen d'une petite sonde, de la charpie sèche dans ces incisions : elle n'y resta que jusqu'au soir. En général, elle tient dans le premier appareil par rapport au sang, et mieux quand les tumeurs sont d'un certain volume, parce que la profondeur des incisions doit être relative au degré du gonflement. Moscati pansa sa malade trois ou quatre fois le jour, en regarnissant les plaies de charpie, afin d'empêcher la réunion. Le quatrième jour, il coupa une des quatre portions de l'amygdale; il en fit autant aux autres portions de trois en trois jours. L'opération faite ainsi par parties n'est nullement laborieuse, ni pour le malade ni pour le chirurgien. La guérison se fit en très peu de temps, et le traitement ne présenta aucune difficulté. Moscati se crut obligé de passer trois ou quatre fois la pierre infernale pour détruire les inégalités qui sont les suites presque nécessaires des différentes coupes. Il avait la précaution d'absorber avec un pinceau de coton l'humidité que la dissolution de la pierre avait causée. Des ciseaux à lames courbes sur le plat, tels que ceux que nous avons indiqués pour l'extirpation de l'œil, mais avec des branches plus longues, serviraient très utilement pour faire la rescision des amygdales tuméfiées.

» L'intervalle de trois ou quatre jours que Moscati a mis entre les différentes sections de la même glande n'est pas essentiel ; elles peuvent être faites tout de suite si les malades veulent s'y prêter ; il avertit qu'il n'a opéré à diverses reprises qu'afin de s'accommoder à leur pusillanimité. Le succès de la première opération qu'il a ainsi pratiquée lui a fait prendre la résolution de suivre constamment la méthode de faire en un jour la double incision, et de remettre l'amputation des quatre parties de la glande divisée à une autre fois. Il nous a donné des faits bien circonscrits qui constatent authentiquement la réussite de ce procédé. Nous les omettons pour ne pas multiplier les exemples sans nécessité. » (Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 449.)

Si cet accident arrivait, il serait facile, dit M. Velpeau, en portant le doigt dans le gosier, de ramener la glande par la bouche et de l'extraire définitivement, et le malheur qui fut sur le point d'arriver à Wiseman et à Moscati, au fond, n'est guère à redouter. Louis, qui en était effrayé, dit qu'on n'aurait rien de semblable à craindre, en agissant de bas en haut, et que la langue se trouverait elle-même à l'abri de toute atteinte. M. Boyer et M. Marjolin, en convenant de la justesse de ce principe, ont cru néanmoins ne devoir l'adopter qu'en partie. Si on ne fait courir aucun risque à la langue, il n'en est pas de même, selon eux, du voile du palais, et ils suivent, pour éviter ce dernier inconvénient, l'avis de Richter, incisant d'abord de haut en bas, puis de bas en haut, et finissant par la partie moyenne de la tumeur. Je ne vois, dans ces précautions, rien à blâmer, si ce n'est qu'elles sont inutiles. Ordinairement M. Roux opère comme Louis, et n'a pas lieu de s'en plaindre. Jusqu'ici je n'ai eu qu'à me louer de ne pas procéder autrement. On obtient une section des plus nettes et des plus promptes, sans qu'il y ait réellement rien à craindre, pourvu qu'on ait soin de faire suffisamment proéminer la tonsille en la tirant à soi, et d'appuyer, contre les piliers du palais, un peu du plat de l'instrument, comme pour en raser la courbure.

Procédé ordinaire. — Situé sur une chaise, en face d'une fenêtre bien éclairée, le malade a la tête maintenue par un aide et plus ou moins renversée en arrière.

Le chirurgien, placé au-devant, porte un bouchon aussi profondément que possible, après l'avoir taillé exprès, et le place verticalement entre les dents molaires d'un côté, afin de tenir les mâchoires écartées. Il fait abaisser la langue, si elle gêne, et retirer la commissure des lèvres en dehors; il accroche et embrasse solidement l'amygdale par sa partie postéro-inférieure avec l'érigne, de la main gauche pour le côté gauche, de la main droite pour le côté droit. Après l'avoir tirée, dégagée d'entre les piliers, il prend de l'autre main le bistouri enveloppé d'une bandelette de linge jusqu'à dix à quinze lignes de son bouton; le conduit sous la base de la glande, entre l'érigne et la langue; en tourne le tranchant en haut, et coupe dès lors en plein, par des mouvements de scie, comme s'il voulait lui faire parcourir un arc de cercle qui finirait à la base de la luette, et détache ainsi de la tumeur d'un seul trait toute la portion excédante. Après avoir retiré le bistouri, l'érigne et la masse excisée ensemble, il s'empresse de débarrasser les mâchoires du bouchon qui les fatigue; il engage ensuite le malade à cracher, et il lui donne, pour se laver la bouche, de l'eau froide ou de l'oxicrat.

Si seulement l'une des tonsilles était affectée, l'opération est terminée. Mais on attend quelques minutes quand elles le sont toutes les deux; le sang ayant cessé de couler, on procède à l'excision de l'autre, d'après les mêmes préceptes. Si les malades, trop fatigués, l'exigeaient absolument, on pourrait aussi ne les enlever qu'à quelques jours de distance; mais ils aiment mieux, en général, s'en faire débarrasser dans la même séance que d'y revenir à deux fois, et ordinairement la douleur qu'ils éprouvent est assez légère pour qu'ils la supportent sans en être par trop effrayés.

M. Velpeau a indiqué deux procédés dont voici le premier :

« Chez les sujets dociles ou raisonnables, le procédé que je suis de préférence diffère du précédent en ce que: 1° je ne place rien autour du bistouri et rien entre les dents; 2° je n'ai besoin de personne pour abaisser la langue; 3° je me sers de l'érigne simple un peu forte et bien courbée en arc, en crochet.

» Je fais ouvrir la bouche du malade, et lui abaisse la langue avec l'indicateur, si j'en sens le besoin; j'enfonce aussitôt la pointe de l'érigne d'arrière en avant, et de dedans en dehors, dans le corps de la tonsille. Les tractions que j'exerce ensuite sur cette tumeur pour la soulever du côté de la bouche et de la luette forcent le malade à écarter les mâchoires, en paralysant les contractions de la langue. Servant de guide au bistouri que je glisse à plat, le dos le premier, entre elle et le dos de la langue, l'érigne me permet de porter avec certitude, sans avoir besoin d'y voir, l'instrument jusqu'au fond du pharynx, d'en relever le tranchant, et de terminer l'opération, le poignet étant incliné en dehors, en aussi peu de temps, en causant aussi peu d'embarras que possible. Il est complétement inutile d'envelopper le talon du bistouri; mais si on tenait à cette précaution, il vaudrait mieux se servir d'un lanière de diachylon que d'une bandelette de linge.

» *Second procédé de M. Velpeau.* — L'opération dont je viens de parler est si simple, si facile, que je ne comprends guère le besoin de la simplifier encore. On a cependant imaginé, à cet effet, des instruments nouveaux qui peuvent avoir leur utilité. Perfectionnant le kiotome de Desault, Physick, M. Warren, M. Fahnestock en Amérique, M. Toirac en France, ont imaginé chacun une sorte de guillotine qui se compose d'un anneau pour loger l'amygdale, d'une lame mobile en forme de large flèche dans celui de MM. Varren et Toirac, en forme de cercle dans celui de M. Fahnestock, pour la couper. Celui que j'emploie après l'avoir modifié porte un anneau près de son manche, puis une pique à bascule et à coulisse pour soulever et fixer le corps à exciser.

» Introduit ouvert comme une cuiller au fond de la bouche, cet instrument embrasse très bien l'amygdale, dont on embroche aussitôt le sommet avec la pique, qu'il s'agit de faire glisser d'un pouce en arrière, en pressant sur l'anneau de cette pique, on attire ce que l'on veut de la tonsille dans l'anneau. On entraîne dès lors brusquement le cercle tranchant du tonsillitome d'une main, tandis qu'on en fixe l'arbre de l'autre, et l'opération est terminée.

» Chez les enfants, les sujets indociles, les personnes qui ouvrent difficilement la bouche, et aussi pour les chirurgiens peu habitués aux opérations, c'est un instrument à conserver.

Suites. — Si le sang tardait trop à s'arrêter, une solution d'alun, de l'eau de Rabel, ou toute autre liqueur styptique, serait immédiatement donnée en gargarisme ou portée à nu sur la plaie avec un pinceau, s'il était nécessaire de la rendre énergique ou très concentrée. En cas de danger imminent, le cautère actuel forme une dernière ressource qu'il ne faudrait pas omettre, et qui est bien autrement efficace que cette compression si compliquée proposée par Jourdain, que l'instrument porte-agaric de M. Hervez de Chégoin. Chez un adulte que j'opérai au commencement de 1831, à la maison de madame Reboul, la perte de sang était telle au bout de deux heures, qu'il fallut appliquer de l'alun en poudre immédiatement sur la plaie. J'ai vu la même chose sur un de ses malades et chez un autre qu'on avait opéré dans les salles de médecine, à l'hôpital de la Charité. Si quelque maladroit avait ouvert la carotide, comme Tenon ou Ant. Portal, A. Burns, Béclard, Barclay, disent l'avoir vu, la seule ligature du tronc primitif offrirait encore quelques chances de salut. Une hémorrhagie foudroyante suivit les scarifications qu'on venait de pratiquer sur les amygdales, et la femme était morte quand M. Champion arriva près d'elle. Pour les suites, la médication se compose de gargarismes émollients, de boissons délayantes, et le régime de bouillons, de potages liquides, puis d'aliments un peu plus substantiels. Ordinairement il survient à peine de la fièvre, et dès le quatrième ou cinquième jour, la santé est en grande partie rétablie. » (Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition, t. III, p. 565.)

Ordinairement la plaie saigne à peine et le sang s'arrête de lui-même ou sous l'influence de gargarismes d'eau froide, mais il n'en est pas toujours ainsi. A part les cas où la carotide interne a éte ouverte par une main ignorante ou inexpérimentée, ainsi que l'ont vu Tenon, A. Burns et plusieurs autres chirurgiens, une véritable hémorrhagie peut être la conséquence de l'excision méthodique de l'amygdale. C'est un danger signalé depuis longtemps par l'illustre auteur des *Lettres sur le siége et les causes des maladies*, et Louis n'aurait pas dû écrire ce qui suit :

« On ne conçoit pas comment Morgagni a pu avancer qu'il savait certainement que ceux qui avaient souffert qu'on leur retranchât les amygdales tuméfiées, avaient été exposés à une hémorrhagie très dangereuse. *Certior factus sum quanto in periculo, ob nimiam et vix tandem cohibitam sanguinis profusionem nonnulli fuerint ex iis qui passi sunt sibi tonsillas eximi.* Les opérateurs auraient-ils eu l'imprudence, ou plutôt la témérité, de vouloir faire l'extirpation de la masse glanduleuse? Mais cela n'est pas dans les préceptes de l'art. Morgagni qui connaissait parfaitement l'état volumineux permanent des amygdales et les inconvénients qui en résultent, blâme les chirurgiens qui, pour prévenir le danger de suffocation dont les malades sont menacés pour l'avenir, ont l'audace de les exposer à un péril imminent. Ce célèbre professeur d'anatomie n'avait pas des idées nettes sur ce point de chirurgie ; il n'en parle même qu'incidemment, à l'occasion des extirpations des tumeurs à la face, qu'il trouve plus répréhensibles que celles qu'on pratiquerait sur les amygdales. » (Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 452.)

Louis a eu ici le double tort d'accuser en termes peu mesurés Morgagni d'être dans l'erreur quand c'était lui-même qui se trompait, et d'altérer la citation de Morgagni, en lui faisant donner comme la règle ce que le médecin italien ne présente que comme l'exception. Morgagni dit que, *quelques uns*, *nonnulli*, de ceux qui avaient subi l'excision des amygdales avaient eu une hémorrhagie dangereuse; et Louis traduit le *nonnulli* par *ceux qui ;* c'est faire entendre que ce danger était ordinaire.

M. le professeur Velpeau a été obligé d'appliquer deux fois l'alun en poudre sur la plaie pour arrêter l'écoulement sanguin ; et M. Vidal, de Cassis, a observé le fait intéressant que nous allons rapporter.

« Obs. 4. Un jeune homme désirait faire enlever ses amygdales bien grosses, bien gênantes, et qui lui occasionnaient au

moins deux angines par an. Il me supplia de l'opérer chez moi, pour cacher cet événement à sa mère dont il voulait ménager la vive sensibilité. Ce sujet avait été scrofuleux ; il avait une langue énorme et une bouche d'une profondeur considérable. Les glandes furent difficiles à saisir, encore plus difficiles à couper, car elles avaient un noyau dur que le bistouri divisa difficilement. Après l'opération, qui fut longue et douloureuse, l'opéré prit une voiture et se rendit chez lui. Là, après un repos d'une heure, survint une hémorrhagie abondante; le sang était rutilant. Je fus mandé pour comparaître devant la mère éplorée et le médecin ordinaire: le malade me reçut bien. J'avoue que mes craintes furent grandes, car le sang coulait toujours plus abondamment et l'opéré pâlissait toujours plus. J'ordonnai le plus grand silence, la plus grande immobilité, et je fis introduire dans la bouche des fragments de glace qu'on renouvelait dès qu'ils étaient fondus. Le réfrigérant calma un instant l'hémorrhagie, qui se renouvela dans la nuit, puis le lendemain encore, car la glace avait été négligée ; je la fis administrer avec plus de soin, et le soir il ne coula plus de sang. Il paraît que cette hémorrhagie était due à une artériole développée par le mouvement d'hypertrophie qui avait dû être très énergique, car les glandes de ce jeune homme avaient un volume considérable. J'aurais pu dans ce cas cautériser ou employer l'alun en poudre, ou les autres astringents. Je m'arrêtai à l'usage de la glace qui fatigue moins le malade et qui n'oblige pas à des mouvements, à des attouchements, lesquels peuvent empêcher la formation du caillot. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. IV, p. 253.)

D'après Champion, de simples scarifications auraient été suivies d'une hémorrhagie mortelle et foudroyante ; sans doute que dans ce cas la carotide avait été ouverte.

« Si d'abord l'hémorrhagie était assez forte, pour ne point laisser de doute sur la lésion d'une grosse artère, on devrait, dit M. Vidal, découvrir immédiatement la carotide pour en faire la ligature. » (*Loc. cit.*)

Dans les cas ordinaires, c'est-à-dire quand l'hémorrhagie n'a point lieu, le traitement consécutif se compose de gargarismes émollients, de boissons délayantes, et le régime consiste en bouillons, potages liquides et plus tard en aliments plus substantiels.

Le plus souvent il survient à peine de la fièvre, et dès le quatrième ou cinquième jour la santé est ordinairement rétablie.

Nous terminerons ce qui a rapport à l'excision des amygdales, par des considérations importantes qui se rapportent à l'indication de cette opération. Elles appartiennent à M. le professeur Chomel.

« En général, on doit d'autant moins compter sur l'efficacité de toutes ces méthodes, que la maladie est plus ancienne et que l'amygdale offre une plus grande dureté, et que sa consistance se rapproche davantage de celle des tissus squirrheux. L'excision, soit totale, soit partielle, est le seul moyen qui reste dans ce cas-là ; mais il faut être plus réservé qu'on ne l'est généralement à l'égard de cette opération, et n'y point recourir aussi légèrement qu'on le fait depuis quelque temps, d'autant que, pas plus qu'aucune autre opération chirurgicale, elle n'est exempte de danger. J'ai vu des personnes qui, dans leur enfance, avaient eu des engorgements des tonsilles si considérables et si rebelles aux moyens ordinaires de traitement, qu'on leur avait proposé l'excision comme unique ressource, et qui, après avoir gardé ces engorgements pendant un temps plus ou moins long, étaient arrivés à une guérison complète par l'usage des moyens simples et plus probablement surtout sous l'influence du progrès de l'âge et des modifications qu'il imprime à l'organisme. Il est donc plus convenable de s'abstenir d'opérer chez les sujets encore jeunes, et chez lesquels on peut espérer voir la résolution s'opérer spontanément par le seul fait de la croissance et du développement ; tandis que l'opération devient souvent la seule chance de salut chez les adultes, lorsque la maladie a pris un caractère chronique et qu'elle s'est montrée rebelle aux moyens les plus actifs.

» Il existe une autre espèce d'angine qui a été signalée récemment et dont plusieurs médecins ont fait l'objet d'une étude spéciale, c'est l'inflammation de la paroi postérieure du pharynx que l'on a désignée

sous le nom d'angine *mamelonnée* ou *granuleuse*. C'est une inflammation de la même espèce que celle qui a été observée sur la muqueuse de l'estomac et surtout sur celle de l'utérus, inflammation souvent confondue à tort avec l'inflammation ulcéreuse ou carcinomateuse, avec laquelle elle n'a rien de commun et qui a également été étudiée avec soin dans ces derniers temps. On rencontre rarement de ces sortes d'angines dans les hôpitaux, ce qui tient à ce que cette maladie est peu grave en général et qu'elle ne détermine point assez de gêne et de douleur pour obliger les hommes du peuple à abandonner leurs travaux. » (Chomel, *Gazette des hôpitaux*, t. IV. p. 131. 1842.)

ARTICLE IV.

Concrétions des amygdales.

Des concrétions de nature diverse se forment dans les amygdales. On y a rencontré de véritables calculs arrondis et jaunâtres. Ils sont logés dans les lacunes de la glande et les distendent plus ou moins.

La composition des calculs tonsillaires n'a pas été indiquée avec précision par les auteurs. Ceux dont Monro a donné l'analyse (*Archives gén. de méd.*, juin, 1831), étaient de couleur blanche, opaque, à l'intérieur avec une teinte jaunâtre au centre, et légèrement grise à la circonférence; leur section offrait quelques couches concentriques, d'un blanc plus brillant que le reste, mais sans noyau central. Examinés à la loupe, ils semblaient constitués par une agglomération d'un grand nombre de petits grains. A l'analyse ils formèrent une matière blanche surnageant à l'eau et présentant les caractères de l'albumine. Ils contenaient également du phosphate et du carbonate de chaux.

Ces calculs n'occasionnent, en général, que la gêne mécanique qui résulte de leur volume. Cependant Monro a observé des calculs qui entretenaient, dans les amygdales, des suppurations longues et abondantes; suppurations qui ne tarissaient qu'après l'extraction de la concrétion.

Voici un cas très remarquable rapporté par ce médecin :

« Obs. 1. Une femme, âgée de cinquante-huit ans (sœur et parente de malades qui avaient éprouvé la même affection), avait eu de fréquentes attaques d'inflammation des tonsilles avec suppuration. Dès le commencement de sa maladie, elle se plaignit vers le côté gauche de la gorge de la sensation d'une tumeur qui augmenta par degrés, et était très proéminente au bout d'une année. La dernière attaque d'inflammation des tonsilles, plus violente que les précédentes, se termina par suppuration qui se fit jour au dehors. Le pus sortait par huit petites ouvertures et continua ainsi pendant vingt mois. Alors, et environ trois années après le commencement de la maladie, une sonde fit découvrir un calcul des tonsilles. Une incision fut faite sur la tumeur, mais il s'écoula tant de sang que la malade s'évanouit. Une portion de calcul put seulement être brisée et extraite, et après l'emploi continué pendant quatorze jours, de gargarismes émollients, le kyste fut détruit et le calcul tomba dans la bouche. Bientôt après la malade fut guérie. » (Alex. Monro, *Archives générales de méd.*, 1831, t. XXVI, p. 239.)

Cette hémorrhagie inquiétante doit être rapprochée de celle que nous avons signalée en traitant de l'excision des amygdales.

Le diagnostic est sans doute très difficile quand les calculs sont complétement enveloppés par le tissu glandulaire, mais il est des cas où il suffit d'examiner l'arrière-bouche pour les apercevoir dans les lacunes de l'amygdale; alors il est facile d'en faire l'extraction avec une pince à pansement, comme dans le cas suivant :

« Obs. 2. Bourguet fut appelé, au mois de septembre 1735, pour un particulier qui, depuis trois mois, souffrait une douleur à l'amygdale gauche dans le temps de la déglutition. Il avait été saigné sept fois tant du bras que du pied, et pris des vomitifs, des purgatifs, et tous les autres remèdes nécessaires. Il confessa enfin qu'il avait eu des maladies vénériennes, dont le traitement n'avait été rien moins que méthodique. M. Bourguet lui conseillait l'extirpation de l'amygdale tuméfiée et douloureuse; mais à une consultation faite à Montpellier, on jugea qu'il était convenable de passer préalablement par ce qu'on ap-

pelle les grands remèdes. Le vice local n'en reçut d'abord aucun soulagement marqué : cependant la dureté de la glande se dissipa, et cette glande grossit un peu. Ce nouvel état fit changer d'avis à M. Bourguet : il ne pensa plus à faire l'extirpation de l'amygdale, et jugea qu'il y avait une collection de matières humorales, à l'évacuation de laquelle une simple incision suffirait. L'ouverture fut faite le 3 décembre ; il en sortit une matière lymphatique qui charriait des concrétions pierreuses, dont les plus grosses étaient comme des lentilles : les unes étaient friables, les autres résistaient non seulement à la pression des doigts, mais quelques unes ne cédèrent point aux coups réitérés d'un petit marteau. Il continua d'en sortir jusque vers le milieu de janvier 1740, à l'aide des gargarismes. Dès que le foyer fut débarrassé de ces corps étrangers, la plaie se cicatrisa d'elle-même : la glande reprit son état naturel, et l'a conservé sans aucune incommodité pour le malade, qui a joui constamment d'une santé parfaite. » (Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 463).

Lorsque le calcul est logé au sein de la glande, on peut inciser la coque comme dans le cas de Monro, ou l'exciser à l'exemple de Blandin. (Voy. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*)

On a quelquefois rencontré plusieurs calculs réunis dans le même foyer.

« Obs. 3. Le 28 juin 1761, une dame de trente-huit ans appela M. Souque pour un mal de gorge violent. Par les progrès d'une inflammation assez légère, l'amygdale gauche était considérablement tuméfiée ; la glande était dure depuis cinq jours, et gênait plus par l'excès de son volume que par sa sensibilité. M. Souque toucha avec le doigt un point blanc qu'il aperçut ; c'était une concrétion calculeuse dont ce chirurgien fit l'extraction avec des pinces à pansement. Elle avait le volume d'un noyau d'olive ; sa couleur était d'un jaune clair. Une plus petite, semblable à un grain de blé, se présenta ensuite, M. Souque la tira pareillement : en peu de jours l'amygdale s'est affaissée, pendant l'usage d'un simple gargarisme. La malade avait rendu, quelques années auparavant, une pierre semblable à la suite d'un mal de gorge, que ce corps étranger avait sans doute occasionné. Voilà donc qu'il se présente des tuméfactions d'amygdales avec toutes les apparences d'un gonflement squirrheux, et auxquelles on a remédié, même sans incision, à laquelle, dans le cas où il serait nécessaire pour procurer sa sortie, il faudrait se borner, ou faire l'extraction de ces sortes de concrétions pierreuses. » (Louis, *Académie de chirurgie*, t. V, p. 464.)

Les concrétions qui s'observent le plus fréquemment dans les amygdales ne sont pas des calculs, mais de petites masses caséeuses d'un blanc jaunâtre, dont le volume varie depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'un gros pois ; ces concrétions sont d'une fétidité toute particulière.

L'âge où les concrétions de l'amygdale sont le plus fréquentes, n'est point indiqué dans les auteurs, et bien que les faits que nous avons rapportés appartiennent à des adultes, il n'est pas déraisonnable de croire que ces concrétions sont communes, surtout à l'époque où les autres affections des amygdales se montrent le plus souvent, c'est-à-dire dans l'enfance et dans la jeunesse ; époque d'ailleurs où les calculs urinaires se forment de préférence. D'ailleurs cette affection a un lien trop étroit de symptomatologie et de traitement avec l'amygdalite pour que nous eussions pu le passer ici sous silence. Nous en dirons autant de la lésion suivante.

ARTICLE V.

Hydatides des amygdales.

Nous devons nous borner à rapporter le seul fait que la science possède sur ce point.

Obs. *Kyste hydatique de l'amygdale ; accidents ; mort ; autopsie.*

« Adalberg (Joséphine), âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, mariée, ayant eu quatre grossesses, dont aucune n'est arrivée à son terme naturel, et habitant un lieu bas et humide, éprouva, il y a onze mois, une angine tonsillaire à droite, laquelle dura quinze jours, et nécessita plusieurs applications de sangsues sur le côté du cou. Il y a quatre mois, une nouvelle amygdalite à

gauche, avec gonflement, persista. La malade conserva de la difficulté à parler, fut de plus sujette à des maux de tête, et la menstruation fut moins abondante qu'auparavant. Dans la nuit du 8 au 9 avril 1827, frissons, céphalalgie violente, augmentation du gonflement. La malade vient le lendemain à la consultation de Dupuytren, qui trouve l'amygdale gauche d'un volume très considérable, formant une tumeur lisse, rouge, fluctuante, s'étendant en dedans jusqu'à la luette, en haut jusque dans l'épaisseur du voile du palais, qui est refoulé par elle en bas jusqu'à la base de la langue, et réduisant l'isthme du gosier à la moitié de son étendue; la voix était altérée, la déglutition douloureuse, la respiration difficile, surtout la nuit. La malade était obligée d'avoir la bouche ouverte, et l'air ne sortait qu'en sifflant. Au toucher, cette tumeur présentait de la fluctuation. Le professeur crut à l'existence d'une collection purulente dans l'amygdale, plongea à la partie inférieure la pointe d'un bistouri, et vit, non sans étonnement, sortir par la bouche un flot de liquide transparent, assez semblable à de la sérosité. La pression augmenta cet écoulement, qui fut évalué à plus de deux onces.

» La tumeur parut d'abord diminuée, mais pas tout à fait réduite; ce qui fit croire qu'il y avait probablement inflammation des parois du kyste et du reste de l'amygdale, qui pouvait même être altérée et squirrheuse. La malade cependant partit; deux jours après, la tumeur était revenue avec tous ses symptômes, et ce fut alors qu'elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise, salle Saint-Jean, n° 10, le 12 avril 1827.

» Le 13, les règles parurent, quoiqu'elles eussent eu lieu à leur époque naturelle, quinze jours auparavant, et durèrent cinq jours. Pendant ce temps, la tumeur perdit de son volume, de son inflammation, et demeura indolente. Le 17, Dupuytren saisit, avec les pinces de Museux, la portion de la tumeur qui dépassait les piliers du voile du palais, et l'enleva avec un bistouri boutonné; cette portion offrit, du côté de la section, comme le fond des parois d'un kyste. Une nouvelle incision fut faite, et cette fois tous les doutes furent levés. Cette partie, à sa face interne, offrait une surface lisse, d'apparence séro-muqueuse. Le doigt, porté dans l'incision, se promena dans une cavité beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait jugé d'abord, mais dont la capacité ne put être appréciée. La malade étant demeurée tranquille, on aperçut au bout d'une demi-heure un corps d'un blanc jaunâtre qui se présentait à l'ouverture; M. Dupuytren le saisit avec des pinces à anneaux, et en fit l'extraction sans difficulté; on vit alors que c'était une poche ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule, un peu étranglée à sa partie moyenne, d'une couleur blanc-jaunâtre, d'une demi-ligne d'épaisseur, ayant la consistance des fausses membranes arrivées à un degré d'organisation peu avancé, pouvant facilement être décomposée en plusieurs lames, offrant une face interne lisse et comme séreuse, et une face externe inégale et légèrement rugueuse. Cette poche, enfin, fut considérée par M. Dupuytren comme un kyste hydatique. Le fond de la gorge n'offrit plus la moindre tuméfaction; la malade ne souffrit plus, si ce n'est quand elle avalait quelques liquides. Les 18, 19 et 20, le mieux se soutient; on espère une prompte guérison. Il est survenu un léger dévoiement, qu'on peut attribuer à la frayeur de l'opération. Le 20, frissons, insomnie et agitation; déglutition plus difficile; couleur grise de la plaie; langue blanche; légères douleurs épigastriques; envies de vomir. En explorant le ventre, M. Dupuytren découvre une tumeur circonscrite, dure, indolente, occupant l'hypochondre gauche. La malade ne s'en était jamais aperçue; elle avait seulement remarqué, depuis l'âge de quatorze à quinze ans, que son ventre était volumineux. Les 22 et 23, même état; vomissements bilieux; six à sept évacuations alvines. Les 24 et 25, moins de douleur au fond de la gorge; déglutition plus libre; les nausées continuent; il s'y joint un peu de dévoiement. Le 26, le nez devient rouge, tuméfié, douloureux; la fièvre augmente. Le 27, face tuméfiée, rouge, luisante, et couverte de quelques phlyctènes transparentes. Le 28, le dévoiement augmente; l'érysipèle fait des progrès; les nuits sont agitées; la langue est rouge sur ses bords, et enduite au milieu d'une

couche jaunâtre. Le 29, l'érysipèle gagne l'oreille droite; langue rouge et sèche; nausées; vomissements; dévoiement abondant; ventre point douloureux; les vomissements et le dévoiement augmentent. Le soir, il y a un trouble léger dans les idées. La nuit, rêvasseries. Les sangsues qu'on a appliquées la nuit sur l'épigastre ont fait diminuer les vomissements et le dévoiement. Le 2, l'érysipèle est borné, les parties qui en étaient le siège pâlissent; les autres symptômes diminuent. Le soir, le pouls est fréquent et petit; accablement; rêvasseries; froid des extrémités; des sinapismes promenés sur les jambes rappellent la chaleur. Le 3, langue moins rouge et assez humide; la malade n'éprouve aucune douleur, mais l'ouïe est dure; les extrémités sont couvertes d'une sueur froide. Le soir, la faiblesse augmente, la surdité est presque complète; la malade a toute sa connaissance; mais, excessivement faible, elle expire dans la nuit.

Autopsie. — Rien de particulier dans le cerveau et ses enveloppes. La rougeur érysipélateuse a disparu. Entre les piliers du voile du palais du côté gauche existe une ouverture ovalaire d'un demi-pouce de diamètre, aux bords arrondis et lisses, grisâtres et recouverts d'une couche purulente très légère, limitée en devant par le muscle ptérygoïdien interne, en arrière et en dehors par l'apophyse styloïde et les muscles qui en partent; en haut par la base du crâne, en dehors par la glande parotide, qui est aplatie et repoussée vers la peau; en bas elle s'étend jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire. On ne trouve nulle part de trace de l'amygdale. Les viscères de la poitrine n'offrent rien de remarquable. Dans la cavité abdominale on aperçoit une tumeur qui occupe tout le flanc gauche, qui est placée sous le péritoine et le colon lombaire gauche, qui est placé, un peu comprimé par elle, au-devant et au-dessous du rein du même côté. Elle est ovoïde de haut en bas, égale au volume de la tête d'un enfant de six ans; ses parois sont minces et laissent apercevoir la tranparence du liquide qu'elle contient; elle est couverte à l'extérieur par une membrane fibro-celluleuse; la face interne de celle-ci est tapissée par une seconde enveloppe, d'une ligne d'épaisseur, ayant la consistance de l'albumine concrétée, composée de plusieurs couches se déchirant avec facilité; cette poche contient un liquide séreux semblable à celui qui était dans le kyste de l'amygdale. Le péritoine est sain. Les vaisseaux du mésentère sont gorgés de sang noir. La muqueuse de l'estomac et des intestins est rouge et enflammée. La vésicule biliaire contient un calcul ovoïde d'un demi-pouce de diamètre, elle est remplie par une bile jaunâtre et purulente: les parois sont épaissies, couvertes de fausses membranes; le canal cystique est très dilaté et offre les mêmes altérations. L'utérus, un peu volumineux, est plus rouge et contient plus de sang que dans l'état normal; leur enveloppe extérieure, blanchâtre, dure, offre une demi-ligne d'épaisseur; leur tissu propre est rougeâtre. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. II, p. 179.)

CHAPITRE V.

MALADIES DU PHARYNX.

Nous commencerons l'étude des maladies de ce conduit par celle de son inflammation, en rejetant à la fin les corps étrangers, pour les rapprocher de ceux de l'œsophage, les corps étrangers de ces deux organes étant presque inséparables sous le rapport pratique.

ARTICLE PREMIER.

Pharyngite.

La pharyngite pseudo-membraneuse et la pharyngite gangréneuse sont des maladies que l'on rencontre presque exclusivement dans l'enfance; lorsqu'elles se présentent à une autre époque de la vie, circonstance ordinairement assez rare, elles n'offrent, en raison de la différence des âges, aucune particularité qui puisse nous engager ici à en donner une nouvelle description. Nous renvoyons donc, pour l'étude de ces deux formes de la pharyngite, à ce qui a été dit dans le *Traité des Maladies des enfants*. (V. t. V., p. 557.)

Il n'en est pas de même de la pharyngite simple; si l'on veut se faire une idée complète de cette maladie, c'est en dehors de l'enfance qu'il convient de l'étudier;

les particularités qui lui sont propres dans le jeune âge ont été signalées, il nous reste à en donner une description générale.

La pharyngite a été généralement décrite sous les noms d'*angine gutturale*, d'*angine pharyngienne*, ou *pharyngée ;* tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur de ces dénominations, relativement à ce qui concerne le siége de l'inflammation; pour nous cette maladie consiste dans l'inflammation de toute la muqueuse du pharynx, toutefois nous nous empresserons de faire observer qu'elle peut avoir pour siége unique la membrane muqueuse de l'isthme du gosier, du voile du palais, ou des amygdales. Dans le dernier cas elle prend le nom d'amygdalite. Lorsqu'il en est ainsi, et c'est ce qui arrive le plus ordinairement, l'inflammation peut à la vérité être plus marquée sur les points que nous venons de nommer; mais elle n'est jamais assez nettement circonscrite, pour que les parties voisines en soient complétement exemptes, nous n'admettons donc point, comme l'ont fait certains auteurs, des phlegmasies de telle ou telle partie du pharynx, et par suite les signes qui ont été assignés à chacune de ces différentes phlegmasies.

Causes. — Dans la plupart des cas, la pharyngite se montre à l'état sporadique, d'autres fois elle est épidémique. Si on étudie les causes qui lui donnent naissance, on reconnaît que la plus fréquente est l'action du froid, non pas l'action permanente du froid, mais l'impression qui résulte du passage subit d'une température élevée à une température qui l'est beaucoup moins. On l'a vue cependant succéder à un refroidissement prolongé des pieds. Elle peut encore être occasionnée par l'ingestion de boissons excitantes, de boissons chaudes ou très froides. Signalons encore la respiration de certains gaz et l'ingestion de certaines substances toxiques. Il est inutile de rappeler que la pharyngite, comme toutes les phlegmasies, est favorisée dans son développement par la prédominance du tempérament sanguin; on a également pu voir par ce qui a été dit qu'elle se rencontre plus fréquemment dans les saisons, qui, comme le printemps et l'automne, s'accompagnent de variations brusques de température, que dans toutes les autres. Elle se montre indifféremment chez les deux sexes. Une particularité importante à noter est la facilité avec laquelle cette maladie récidive chez les individus qui en ont été déjà atteints; aussi pouvons-nous ranger au nombre des causes prédisposantes de la pharyngite l'existence antérieure de cette affection.

Symptômes. — Les symptômes peuvent être divisés en trois classes : *symptômes prodromiques*, *symptômes locaux*, *symptômes généraux.*

Les *symptômes prodromiques* sont peu marqués chez un grand nombre d'individus, ils le sont très nettement chez d'autres, et principalement chez ceux qui ont subi l'action de maladies débilitantes. Ils consistent presque toujours en un sentiment de malaise général et de courbature; il y a perte plus ou moins complète de l'appétit, la peau prend une teinte jaunâtre, la langue est blanche et chargée, souvent il survient un mouvement fébrile.

Les *symptômes locaux* varient évidemment avec l'étendue de la maladie, on peut les considérer, abstraction faite du siége, et on voit alors qu'ils constituent deux périodes distinctes.

Au début, la membrane muqueuse est sèche, rouge, luisante et œdématiée; le malade éprouve de la soif; au bout de quelques heures, l'état de sécheresse de la membrane est remplacé par un état d'humidité dû à l'hypersécrétion de certains liquides. A ce degré de la maladie, il peut arriver, à raison de la tuméfaction extrême des parties, que l'examen du pharynx devienne impossible; dans un certain nombre de cas, cet examen peut être continué.

Dans tous les cas, le malade avale continuellement sa salive, les mouvements de déglutition qu'il exerce, sont provoqués par l'allongement de la luette qui vient titiller la base de la langue ou l'arrière-gorge. Cette titillation détermine encore des nausées, des vomissements et une toux particulière qu'on a appelée *gutturale.* La voix est altérée, cette altération se remarque surtout chez les malades dont l'épiglotte est tuméfiée.

Lorsque l'œdème est très étendu et très prononcé, la respiration cesse de se faire

par la bouche, mais comme dans ces mêmes circonstances, plus encore que dans les autres, la maladie est compliquée de coryza, cette respiration se fait avec gêne et difficulté.

Le goût et l'odorat sont plus ou moins profondément modifiés, très souvent ils sont complétement anéantis.

Il n'est pas rare de rencontrer de la surdité et des bourdonnements d'oreilles ; ces phénomènes existent d'un seul ou des deux côtés à la fois.

La sécheresse de la membrane muqueuse, comme nous l'avons dit, s'accompagne bientôt de gonflement : ce gonflement est dû à l'afflux d'une plus grande quantité de sang et à l'épanchement de sérosité qui se fait dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Il est toujours facilement appréciable lorsqu'il porte sur les amygdales ou sur l'épiglotte : dans le premier cas, l'ouverture de l'arrière-bouche est rétrécie ; dans le second, lorsqu'on déprime la langue, on aperçoit une tumeur luisante d'un rouge très vif. Quand au contraire la tuméfaction siége à la partie postérieure du pharynx, elle ne se révèle que par la rougeur et la dépression que laisse le contact d'un corps dur.

La langue est recouverte dans toute son étendue d'un enduit limoneux, jaunâtre, tenace et épais. Le malade se plaint d'un goût pâteux, fade et désagréable ; son haleine est fétide et quelquefois d'une odeur repoussante. Les mouvements de déglutition sont devenus de plus en plus difficiles et même impossibles, surtout à l'égard des boissons qui n'offrent pas la même prise aux contractions du pharynx ; il arrive souvent que ces liquides sont rejetés par les fosses nasales avec des efforts de toux violente.

Il arrive un moment où la membrane muqueuse, d'abord complétement sèche, sécrète un liquide analogue à du mucus ; ce liquide est épais, abondant et chargé de matière blanchâtre ; il se dépose à la surface des amygdales et du pharynx.

Ces phénomènes ne sont pas sans exercer quelque influence sur les parties voisines : nous avons vu la langue se couvrir d'un enduit blanchâtre ; il n'est pas rare que les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et deviennent douloureux ; il peut arriver aussi que l'inflammation se propage au larynx et aux ligaments aryténo-épiglottiques ; dans cette dernière circonstance, il survient subitement des phénomènes de suffocation.

Les symptômes généraux les plus communs sont la courbature, les frissons, l'accélération du pouls et les alternatives de chaleur et de froid. Dans quelques cas la peau reste continuellement sèche et brûlante. Quand l'inflammation a de la tendance à se terminer par gangrène, le pouls est fréquent et misérable, la face est vultueuse, il y a céphalalgie et congestion de la tête, l'intelligence est troublée. La congestion du côté de la tête peut s'expliquer par l'accélération du pouls ; il est des cas où elle provient manifestement de la compression des vaisseaux du cou. Tels sont les phénomènes généraux les plus communs et les plus constants ; il faut y joindre la rareté des urines et la constipation.

Terminaison. — Lorsque le gonflement, la rougeur et la fièvre disparaissent progressivement, lorsque la déglutition et l'articulation des sons redeviennent faciles, lorsqu'enfin le malade recouvre l'usage du goût et de l'odorat, on dit que la pharyngite se termine par résolution. Cette terminaison est assez commune ; on la rencontre principalement lorsque la maladie est peu intense.

Mais il peut arriver aussi que la pharyngite se termine par la mort : quelquefois, en effet, le gonflement des amygdales, du voile du palais, des ligaments aryténo-épiglottiques, rendent la difficulté de respirer de plus en plus grande, la circulation se trouble et le malade périt asphyxié. Hâtons-nous de dire que cette terminaison est exceptionnelle. Il n'en est pas de même, comme on a pu le voir, dans les angines gangréneuses : la mort dans cette dernière circonstance doit être attribuée non à l'asphyxie, mais à certains phénomènes généraux comparables à ceux de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, dans les cas exceptionnels où elle survient, la mort se montre de préférence lorsque l'épiglotte est le siége de la maladie ; on conçoit très bien en effet que cet organe se gonfle au point de fermer exactement

l'entrée du larynx et d'empêcher le passage de l'air.

La terminaison par suppuration est assez fréquente, le siége des abcès est très variable. Lorsqu'ils commencent à se former, on observe une modification remarquable dans les symptômes généraux : elle consiste en des frissons plus ou moins intenses suivis de sueur. Ces frissons offrent quelquefois une véritable périodicité ; aussi, dans la saison d'automne, ont-ils pu faire croire à l'existence de fièvres intermittentes, de la part d'observateurs inattentifs ou inexpérimentés. Lorsque la collection purulente est placée au fond du pharynx, on peut apercevoir une tumeur, d'un volume variable, décolorée à son point le plus saillant ; si l'on presse convenablement cette tumeur au moyen de deux doigts, on sent de la mollesse et de la fluctuation. Le pharynx et les amygdales sont le siége le plus ordinaire des abcès. Leur existence échappe souvent au médecin ; ils s'ouvrent spontanément, et le pus qui s'en écoule tombe en partie dans l'œsophage et en partie dans le larynx. Il résulte de là des vomissements, dans la plupart des cas, et une toux très vive, qui, par les secousses qu'ils déterminent, achèvent de vider la collection purulente, surtout quand elle a pour siége les amygdales. L'ouverture de ces abcès s'accompagne ordinairement d'une hémorrhagie peu abondante, elle est suivie d'un soulagement marqué, la cicatrisation est très rapide.

Nous nous contenterons de quelques mots sur la terminaison par gangrène. Elle est tellement rare, en dehors du jeune âge, que certains auteurs ont nié l'existence de l'angine gangréneuse. Elle s'annonce par une extrême petitesse du pouls et par la formation de taches livides ; la coloration de ces taches devient plus foncée à leur centre, en même temps qu'à leur circonférence se dessine une aréole inflammatoire ; elles se multiplient, se rapprochent, se confondent et envahissent une étendue plus ou moins grande de la membrane muqueuse. Ces phénomènes, si remarquables par eux-mêmes, s'accompagnent encore d'une particularité non moins remarquable, nous voulons parler de l'absence de gonflement et de suffocation.

Une terminaison presque aussi commune que la terminaison par résolution, consiste dans le passage de la maladie à l'état chronique ; elle succède rarement aux abcès, surtout si ces abcès ont eu leur siége sur le pharynx ; les cas où on la rencontre le plus fréquemment sont ceux où les amygdales ont été le foyer principal de l'inflammation. On trouve alors une tumeur indolente, plus ou moins irrégulière, quelquefois complétement lisse, dont la présence ne s'accompagne pas de phénomènes généraux, mais qui, dans tous les cas, produit de la gêne dans la respiration et des modifications dans la voix. Dans quelques cas on trouve de la surdité. Presque toujours la sécrétion des amygdales est modifiée.

Cet état consécutif de chronicité de l'angine gutturale nous amène naturellement à parler de la forme chronique primitive de la pharyngite.

Cette forme n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser d'abord ; elle se caractérise par les principaux phénomènes que nous avons énumérés, modifiés comme le comporte la forme même de l'inflammation. Ainsi le malade éprouve un sentiment de sécheresse et d'aridité dans l'arrière-bouche, le parler est douloureux, la déglutition difficile ; il y a de l'enrouement.

Marche. — La pharyngite aiguë parcourt ordinairement ses phases avec une grande rapidité ; en quelques jours, souvent même en quelques heures, elle atteint sa plus grande intensité, ne reste que très peu de temps stationnaire, et marche vers une terminaison dont le mode et la nature influent à un haut degré sur la durée de la maladie.

Lorsqu'au contraire elle affecte la forme chronique, la pharyngite suit une marche toute différente ; elle diminue, disparaît, renaît et augmente à l'occasion des plus légères influences ; elle peut ainsi durer pendant des années entières et devenir pendant ce long espace de temps la cause d'une incommodité des plus fatigantes.

Caractères anatomiques. — Rarement on a l'occasion d'observer les lésions anatomiques qui accompagnent la pharyngite. Cependant on a pu observer que l'inflammation est tantôt superficielle et tantôt profonde ; dans ces deux cas il y a de la

rougeur, du gonflement et de l'infiltration.

Dans la forme chronique, il n'est pas rare de rencontrer des vésicules plus ou moins nombreuses sous la membrane muqueuse du voile palatin ; dans certains cas, des taches brunâtres, livides, foncées recouvrent les piliers de l'isthme du gosier, dans d'autres l'arrière-bouche est comme tachetée par de petites plaques rouges ; ou par des vésicules qui rendent sa surface inégale à la vue et au toucher.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pharyngite ne présente aucune difficulté, surtout lorsque l'état des parties permet d'en faire aisément l'examen.

Le premier point à déterminer consiste à reconnaître le siége de l'inflammation ; sous ce rapport, le praticien sera réduit à faire des conjectures, toutes les fois qu'il sera impossible d'ouvrir la bouche du malade. Disons toutefois que la difficulté d'écarter les mâchoires est une forte présomption en faveur de l'existence d'une angine tonsillaire. Quand le malade ouvre suffisamment la bouche, la vue suffit pour trouver le siége de l'inflammation, à moins que celle-ci ne soit bornée à l'épiglotte ; dans cette circonstance il devient nécessaire d'introduire le doigt au fond de la bouche.

Un second point de diagnostic consiste à séparer les angines les unes des autres. L'*angine scarlatineuse* se distingue à la rougeur très prononcée de la muqueuse, rougeur qui s'étend à la partie interne des joues et à la langue ; au peu de gonflement des amygdales et à la présence d'un enduit crémeux. A ces caractères il faut en joindre certains autres plus éloignés, la rougeur des conjonctives, le larmoiement, les taches rouges à la peau et l'existence d'une épidémie régnante.

L'*angine varioleuse* se caractérise par des pustules varioliques siégeant à la peau, et la présence de pustules analogues à celles-ci dans l'intérieur de la bouche.

L'*angine syphilitique* s'accompagne d'ulcérations qui siégent au fond de la gorge, sur les amygdales, sur le bord libre du palais, etc. Ces ulcérations sont environnées d'une auréole rouge et d'un liséré blanc, leurs bords sont coupés à pic. L'état de chronicité chez un individu robuste et bien portant est une forte présomption en faveur d'une pharyngite syphilitique ; l'observateur devra tenir exactement compte de cette particularité, d'autant plus qu'elle pourra suppléer aux renseignements du malade et à ceux que fournit quelquefois la présence de rhagades et de plaques muqueuses.

L'état aigu de la maladie est facile à reconnaître aux phénomènes généraux, à la marche rapide des symptômes et à l'intensité de chacun d'eux.

La forme chronique se reconnaît à la moindre intensité des phénomènes, à la marche plus lente de l'affection, à sa durée et à ses rémittences.

Pronostic. — Le pronostic de la pharyngite est généralement favorable, il ne présente de gravité que lorsque le malade est prédisposé aux congestions, et que l'inflammation a pour siége principal l'épiglotte et les ligaments aryténo-épiglottiques.

Traitement. — Le traitement de cette maladie doit varier suivant qu'elle est aiguë ou chronique.

L'angine gutturale aiguë, dans les cas les plus légers, se dissipe ordinairement d'elle-même ; il n'y en a pas moins avantage à la combattre par des moyens convenables : une diète légère, des boissons acidules, des gargarismes astringents ou mucilagineux, des pédiluves irritants suffiront, avec quelques jours de repos, pour faire disparaître toutes les traces d'inflammation.

Lorsque celle-ci est intense et que le sujet est jeune et pléthorique, il convient d'avoir recours à la méthode antiphlogistique : on emploie principalement la saignée générale ; Broussais faisait appliquer des sangsues autour du cou. On seconde l'action de ces moyens par la diète, l'usage des boissons émollientes ou acidules, le repos dans un appartement tenu à une douce température, les gargarismes, l'inspiration de vapeurs aqueuses et l'application autour du cou de cataplasmes émollients.

La médication dérivative et révulsive ne devra pas être négligée ; ainsi on prescrira les pédiluves excitants, les sinapismes aux jambes, les lavements rendus laxatifs par l'addition du miel de mercuriale, du sirop de nerprun, de l'huile de

ricin ou de l'huile d'amandes douces tenue en suspension par un jaune d'œuf, et, s'il est besoin, les lavements purgatifs composés de décoction de feuilles de séné, de pulpe de casse ou de tamarin, à laquelle on ajoutera du sulfate de soude ou de magnésie, du phosphate de soude.

Un moyen, trop peu employé dans les inflammations profondes du pharynx, consiste dans l'usage des bains tièdes prolongés aussi longtemps que le malade peut les supporter, c'est-à-dire pendant l'espace de cinq ou six heures; l'eau doit s'élever au-dessus du cou. Ces bains ont pour effet de diminuer la chaleur de la peau et de soulager la soif ardente que la difficulté de la déglutition ne permet pas de satisfaire.

Mais de toutes les méthodes, celle que l'expérience nous a démontré être la plus efficace, celle qui, suivant nous, doit faire la base du traitement, c'est l'usage des vomitifs et des éméto-cathartiques. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter le passage, dans lequel M. Roche exprime sa manière de voir touchant cette médication, tout en faisant nos réserves sur l'opinion par laquelle il rattache l'état saburral de la langne à une irritation inflammatoire de la cavité buccale.

« L'émétique, dit-il, a été employé avec succès au début des palatites même intenses; on le recommandait surtout dans celles qui étaient accompagnées des symptômes de l'embarras gastrique et de l'angine bilieuse des auteurs, et dans ces cas, en effet, il produisait de rapides guérisons.

» Après de longues hésitations, nous nous sommes décidé à suivre cette pratique, et nous en avons plus d'une fois obtenu des résultats avantageux et immédiats. En cherchant à nous rendre compte des bons effets de l'émétique dans ces cas où nous supposions l'estomac irrité, et dans lesquels ce médicament aurait dû par conséquent nuire, il nous a semblé que ces prétendus symptômes bilieux, d'embarras ou d'irritation gastrique, n'étaient que des effets tout naturels de l'irritation de la bouche.

» Il nous a paru évident que les nausées et les envies de vomir dépendaient du prolongement de la luette et de sa chute sur la base de la langue; que le mauvais goût de la bouche était l'effet de l'irritation communiquée à toute la membrane muqueuse qui tapisse cette cavité, par la portion palatine enflammée de cette même membrane; enfin, que l'enduit jaunâtre qui recouvre la langue était l'effet direct de cette même irritation, comme il en est l'effet indirect lorsque l'estomac est enflammé.

» Nous avons été confirmé dans cette manière de voir, en remarquant que ces symptômes ne sont accompagnés ni de soif, ni de douleur, ni de chaleur épigastrique, ni d'accélération du pouls, ni d'accroissement de la chaleur générale, tandis que ces phénomènes existeraient inévitablement si l'estomac était irrité; et nous nous sommes expliqué de la sorte l'innocuité et les bons effets de l'émétique en pareil cas.

» Il faut bien prendre garde, toutefois, de ne pas commettre de méprise, et l'on ne doit administrer cet agent que dans l'absence bien constatée de symptômes d'irritation gastrique que nous venons d'énumérer; il faut s'en abstenir chez les sujets nerveux, irritables, maigres, et, dans les cas douteux, lui préférer les moyens antiphlogistiques, dont aucun inconvénient sérieux ne peut suivre l'emploi. » (*Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, Paris, 1844, t. I, p. 435.)

Quand la maladie tend à passer à l'état chronique et que les phénomènes de réaction générale ont disparu, le praticien doit immédiatement avoir recours aux résolutifs et aux astringents. L'alun porphyrisé et insufflé au fond de la gorge avait été conseillé par M. Velpeau même au début de la maladie; son application doit être renouvelée plusieurs fois pas jour. La plupart des astringents, les décoctions de racine de bistorte, de tormentille, de ratanhia, d'écorce de chêne, les infusions de pétales de roses rouges, de feuilles d'aigremoine, ont été employées avec succès sous forme de gargarismes, surtout après addition d'acide sulfurique ou d'extrait de Saturne. A ces moyens on devra joindre l'usage des vêtements de laine, les frictions sèches et aromatiques et les exutoires prolongés. Si l'on en croit quel-

ques observateurs, il a suffi à certains malades, pour obtenir la guérison d'angines chroniques, de porter, le jour et la nuit, une cravate en flanelle autour du cou.

Maladies chirurgicales du pharynx.

Les maladies chirurgicales du pharynx peuvent être classées et étudiées comme il suit : Vices organiques du pharynx ; dilatation ; abcès ; solutions de continuité ; corps étrangers.

ARTICLE II.

Vices organiques du pharynx.

Les vices organiques du pharynx que l'on rencontre le plus fréquemment sont le cancer et les polypes. L'histoire du cancer du pharynx se rattache naturellement à celle de l'œsophage, celle des polypes rentre dans le chapitre où il est question des polypes des fosses nasales ; cependant nous ne saurions nous empêcher de rapporter ici deux observations importantes, que nous empruntons aux *Annales de la Société de médecine de Montpellier*, t. VIII, 1806. Elles sont dues au docteur Vimont.

OBS. 1. *Vices organiques du pharynx et de l'œsophage.*

« Depuis plusieurs années, madame Vallière, de Château-Salins, âgée de quarante-quatre ans, et d'un tempérament bilieux, exécutait difficilement les mouvements qui servent à la déglutition et à la respiration. On avait rapporté cette gêne à l'engorgement inflammatoire des amygdales et du voile du palais. D'ailleurs, il faut observer que cet état pathologique variait encore singulièrement, suivant l'état de l'atmosphère, augmentant par un froid sec, diminuant au contraire sous une température australe et humide.

» La maladie faisait chaque jour de nouveaux progrès ; on eut recours aux charlatans, et pendant plusieurs mois l'empirisme déploya vainement contre elle l'appareil de ses recettes et de ses arcanes. L'art ne fut pas plus heureux dans l'emploi de ses moyens. La respiration et la déglutition devenaient de plus en plus laborieuses. Madame Vallière, qui portait un goître volumineux, attribuait à cette tumeur qui semblait aussi prendre chaque jour plus de développement, la gêne qu'elle éprouvait en exécutant ces deux fonctions. Les accidents allaient toujours croissant, et bientôt la malade, qui depuis longtemps ne pouvait plus avaler d'aliments solides, fut réduite à ne prendre que des boissons en petite quantité, et bientôt encore, pour comble d'infortune, la déglutition des liquides ne se fit plus qu'avec la plus grande difficulté. L'inquiétude, le chagrin, les douleurs inséparables d'un semblable état, la privation d'aliments solides et liquides produisirent chez cette malade une cachexie scorbutique des plus intenses, et la réduisirent promptement au dernier degré de marasme.

» Le 2 brumaire an XIII, je vis madame Vallière. Le pouls était vif, serré, avec un peu de dureté, quoique petit et irrégulier ; la face pâle et décolorée, la parole difficile ; les sons confus, mal articulés et nasillards ; la voix aiguë s'échappant en cris perçants et désagréables.

» Ayant abaissé la base de la langue, je remarquai que la luette était confondue avec le voile du palais. Cette portion charnue était d'une couleur terne, et paraissait avoir acquis une épaisseur triple au moins de celle qu'elle offre habituellement. Mais cette altération du voile du palais ne découvrait point les véritables causes des accidents qu'éprouvait la malade. Des recherches que je fis ultérieurement ne m'éclairèrent pas davantage sur leur nature. Je soupçonnai seulement une induration squirrheuse de l'épiglotte et des cartilages du larynx.

» On se contenta donc de prescrire quelques gargarismes détersifs et d'autres moyens généraux, ayant eu soin d'annoncer aux parents, et leur inefficacité, et toute l'étendue des dangers auxquels la malade ne devait pas tarder de succomber. Effectivement la malade, quelques jours après, expira au milieu des plus atroces douleurs.

» Voici ce que j'observai à l'ouverture du cadavre, qui fut faite en présence des parents : L'arrière-bouche ayant été mise à découvert, je trouvai le voile du palais d'une dureté cartilagineuse, confondu avec la luette, qui semblait n'avoir jamais existé. L'ayant fendu d'arrière en avant, je remarquai qu'il avait acquis une épais-

seur très considérable, et qu'ainsi disposé, les mouvements dont il jouit dans l'état naturel avaient nécessairement dû être très bornés.

» La langue ayant été enlevée, et le larynx mis à découvert, je remarquai à la partie postérieure de cet organe, une excroissance très saillante qui en dépassait l'ouverture, d'environ 9 ou 10 lignes ; cette excroissance était blanchâtre, cunéiforme, avait 15 lignes d'étendue d'un côté à l'autre, et 6 ou 7 d'avant en arrière.

» Confondue avec la paroi postérieure du larynx, elle paraissait tirer son origine de ses cartilages auxquels elle adhérait très fortement ; puis elle s'enfonçait dans l'œsophage, d'à peu près trois pouces, diminuant de volume transversalement à mesure qu'elle s'éloignait de son origine, et finissait enfin par se perdre dans les replis de l'œsophage, qui dans cet endroit était rugueux et tellement rétréci, qu'il pouvait à peine admettre le bout de la châsse d'un bistouri ou du petit doigt.

» Ce corps polypeux était intérieurement composé d'une substance d'un blanc mat, granuleux, résistant au scalpel, inégalement découpée vers sa face libre : cette dernière disposition était probablement due à l'action des substances alimentaires, liquides et solides, que la malade avalait quelquefois avec d'incroyables efforts, mais qui, arrivées à l'endroit du rétrécissement de l'œsophage, causaient subitement cette gêne cruelle, les douloureuses angoisses et enfin une presque suffocation : symptômes effrayants qui ne cessaient qu'avec la réjection des aliments engagés dans l'œsophage. »

Obs. 2. *Substance polypeuse rendue par le vomissement.*

« Depuis seize mois, madame Lescanne, âgée de trente quatre ans, et d'un tempérament pituiteux, se plaignait de gêne douloureuse en avalant. On l'attribuait à un goître peu volumineux, d'une dureté squirrheuse, placé au-devant du larynx. Cette difformité était très sensible aux changements de l'atmosphère ; sous une température sèche, égale et chaude, la malade ressentait à peine cette gêne dans la déglutition des substances alimentaires ; mais elle devenait insupportable par un temps froid et humide.

» On conçoit, d'après cette disposition, que les accidents durent singulièrement s'aggraver sous une température variable à l'excès et si constamment aqueuse et relâchante.

» Au commencement de janvier 1806, madame Lescanne fut atteinte d'un catarrhe nasal, avec mal de gorge très intense et toux importune, qui suscitait de fréquentes nausées et des vomissements de masses muqueuses. Ces évacuations n'apportaient que peu de soulagement à la malade, dont l'état devenait chaque jour plus inquiétant. Elle nous instruisit que, pendant l'acte du vomissement, elle sentait distinctement un corps charnu qui, se détachant du gosier, remontait derrière la luette, vers les ouvertures postérieures des fosses nasales, et produisait alors une sorte de suffocation.

» En recherchant les causes de ces phénomènes, on soupçonna d'abord le volume augmenté de la luette enflammée ; ayant abaissé la base de la langue, j'explorai attentivement l'arrière-bouche, et ne découvris autre chose qu'une légère phlogose du voile du palais. Des gargarismes appropriés et d'autres moyens généraux furent inutilement employés. A des jours plus fatigants succédaient des nuits plus laborieuses. Enfin, le 22 janvier, madame Lescanne, après les plus violents efforts, rejeta par le vomissement le corps étranger dont elle se plaignait depuis si longtemps.

» La cessation prompte des accidents prouve que c'était à la présence de ce même corps qu'était due la gêne de la déglutition.

» En l'examinant très soigneusement, j'observai qu'il était composé d'une substance charnue, vasculeuse, molle, inégalement épaisse ; percé de deux ouvertures de forme irrégulièrement quadrilatère, à bords déchiquetés ; que la face par laquelle cette portion charnue adhérait à la paroi postérieure du larynx et antérieure de l'œsophage, offrait plusieurs prolongements filamenteux ; qu'enfin, elle avait beaucoup de caractères de ressemblance avec un polype spongieux. Cette substance, d'ailleurs, conservée dans l'esprit-de-vin, a peu diminué de volume.

» Depuis cet événement heureux, madame Lescanne, quoique continuant à ressentir de la gêne dans la déglutition, voit chaque jour améliorer sa position; elle a recouvré l'appétit et l'embonpoint, et il ne lui reste actuellement de la difficulté qu'elle éprouvait qu'un peu de sensibilité au-dessous du pharynx, lors du passage des aliments. Nous devons observer qu'elle n'a retiré aucune utilité de l'usage des gargarismes dont elle s'est servie pendant quelque temps. »

ARTICLE III.

Dilatation du pharynx.

La dilatation permanente du pharynx est une maladie extrêmement rare. Les causes, le mécanisme de son développement sont complétement inconnus; nous n'entreprendrons donc point d'en donner ici une histoire complète, dépourvus que nous sommes d'un nombre suffisant de documents; nous nous contenterons de rapporter une observation qui peut donner une idée de la maladie : elle est due à M. Rokitanski, de Vienne, et elle a été reproduite dans les *Archives générales de médecine* (t. IX. 1840).

Obs. 1. *Dilatation du pharynx avec diverticulum.*

« Un ouvrier robuste, âgé de soixante-six ans, fut reçu à l'hôpital en août 1837. Depuis l'âge de dix-sept ans il s'était toujours bien porté. A cette époque il reconnut une tumeur qui se formait sur le côté droit de son cou, à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur n'était nullement douloureuse, mais elle acquit par degrés le volume d'un œuf de pigeon; plus tard elle se prolongea vers la région antérieure du cou.

» A cette époque le malade était âgé de vingt ans, il avait de la difficulté à avaler, et éprouvait continuellement la sensation d'un corps étranger fixé à la partie supérieure de l'œsophage. Le vomissement de quelques aliments et le décubitus dorsal le soulageaient. Il se rappelle entre autres choses qu'une fois les accidents durèrent pendant trois jours, et qu'il fut tout à coup débarrassé par le vomissement d'une petite quantité d'aliments tout à fait indigérés qu'il avait mangés peu de jours auparavant.

» Cet homme était resté à peu près dans le même état jusqu'à l'âge de quarante-trois ans; alors la difficulté à avaler augmenta considérablement; il ne pouvait prendre que quelques boissons, et encore celles-ci finirent par lui occasionner de vives douleurs; les vomissements se répétaient plus fréquemment, ils furent bientôt suivis d'une émaciation rapide.

» Lorsqu'il entra à l'hôpital, il avait une pneumonie.

» A l'examen, on trouve du côté droit du cou une tumeur ferme et élastique, du volume du poing d'un homme adulte, dirigée de la région du larynx obliquement en dedans et en bas, jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire et passant derrière cette articulation dans la poitrine. Dans cette tumeur est compris le lobe droit du corps thyroïde induré. Au côté gauche du cou, on voit se former, chaque fois que le malade boit, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, et qui disparaît lorsque le malade vomit ce qu'il vient de boire. Le décubitus dorsal, ou même la pression sur la tumeur avec les mains, déterminent le vomissement.

» Pendant quatorze jours toute alimentation fut impossible, de même que l'introduction d'une sonde œsophagienne; des bains et des lavements nourrissants purent seuls prolonger la vie, qui cessa le quinzième jour.

» *Nécropsie.* — Le lobe gauche de la glande thyroïde est petit et flasque; le droit renferme un kyste cartilagineux du volume d'un œuf d'oie. Le sac descend derrière le sternum et la clavicule, et pénètre vers le sommet de la poitrine.

» La muqueuse de l'arrière-bouche est épaissie, celle de la partie supérieure du larynx est œdématiée. A la hauteur du muscle constricteur inférieur du pharynx, la muqueuse se prolonge à travers les fibres inférieures et horizontales de ce muscle, dans une poche constituant un diverticulum de plus de deux pouces de longueur, ou au moins aussi large que le pharynx, soutenu par l'enveloppe celluleuse de l'œsophage, de manière que le canal pharyngien allait directement dans cette cavité au lieu d'aller dans l'œsophage.

» Si l'on essaie de passer un doigt ou une sonde dans l'œsophage, on tombe toujours dans la poche. Les parois offrent encore quelques bandelettes de fibres musculaires pâles ; en dedans elle est tapissée par un infundibulum de la muqueuse très lisse à sa surface et offrant des dépôts de lymphe plastique dans son épaisseur. Immédiatement près de l'ouverture de ce diverticulum, l'œsophage est extraordinairement rétréci, et ce conduit est ainsi comme atrophié dans tout le reste de son étendue. »

ARTICLE IV.

Abcès du pharynx.

On peut, comme l'a fait A. Bérard, diviser les abcès du pharynx en deux grandes classes, en se fondant sur la considération du siége qu'ils occupent : dans la première, le pus occupe les parties latérales du conduit pharyngien ; dans la seconde, il est situé entre ce conduit et la colonne vertébrale. Nous ne dirons que quelques mots des premiers ; les seconds nous arrêteront plus longuement.

A. Les abcès placés sur les parties latérales du pharynx s'étendent ordinairement plus ou moins loin dans la région cervicale ; ils se forment de différentes manières et sous l'influence de causes très diverses. Parmi ces dernières il faut citer, comme les plus fréquentes, les plaies accidentelles ou pratiquées dans le cours d'une opération, les inflammations idiopathiques, la fonte purulente des ganglions de la partie supérieure du cou. Dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1837, p. 68) on trouve l'exemple d'un abcès de ce genre, qui eut pour point de départ la carie d'une dent de sagesse. L'histoire de cet abcès remplacera avantageusement la description que nous pourrions faire de l'affection qui nous occupe.

Obs. 1. *Abcès de la partie latérale du pharynx ; terminaison par la mort.*

« L'homme qui est l'objet de cette observation était sujet, depuis longtemps, à des maux de dents : il commença par éprouver de la gêne dans le cou ; la joue gauche se gonfla ; la tuméfaction augmente, gagne le cou et la face antérieure et supérieure de l'épaule droite, et se prolonge à la partie supérieure de la poitrine jusqu'à la mamelle.

» Alors les mouvements du cou deviennent douloureux ; le malade ne peut pas écarter les deux mâchoires. On lui fait une application de sangsues en petit nombre. Il entre à l'hôpital le 13.

» La joue gauche, le cou et la partie antérieure de la poitrine et de l'épaule droite sont très gonflés. Il y a une fluctuation obscure à la partie antérieure et supérieure du cou ; le malade ne peut pas ouvrir la bouche ni remuer le cou, et la fluctuation devient plus évidente : on sent du gargouillement et de la crépitation dans presque toutes les parties qui sont le siége du gonflement. Deux incisions sont alors pratiquées : l'une au-devant du creux sus-sternal, l'autre à la partie inférieure et supérieure du cou ; toutes deux donnent issue à un pus séreux, fétide et mêlé de gaz. La peau est décollée dans une grande étendue au-dessous de la mâchoire et sur la face interne des masséters. A droite on engage une sonde de femme jusque sous le trapèze ; la suppuration augmente, et le malade meurt le 20.

» A l'autopsie, on trouve la peau décollée dans toute la partie antérieure droite et la partie latérale gauche du cou ; il y reste une grande quantité de pus. Les sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens sont noirs à leur face antérieure. Le sterno-mastoïdien du côté droit et le scapulo-hyoïdien du même côté sont disséqués en plusieurs points ; il y a du pus dans tout le triangle sus-claviculaire, et jusque sous le muscle trapèze : le pus passe derrière la clavicule jusqu'au sommet de l'aisselle, la collection purulente se prolonge jusqu'à la mâchoire inférieure. Du pus s'est ramassé entre la face externe de la branche de la mâchoire et le masséter.

» L'alvéole de la dent de sagesse gauche est carié. »

B. *Causes.* — La seconde classe d'abcès du pharynx, les abcès du pharynx proprement dits, sont dus également à différentes causes. La première, et l'une des plus fréquentes, est l'inflammation du pharynx dans l'angine pharyngée ; nous avons eu occasion de la signaler à propos de cette maladie. Faisons toutefois observer qu'il pourrait bien arriver que dans

cette circonstance le pus se formât dans le tissu cellulaire extérieur au pharynx. Ces abcès peuvent aussi avoir leur point de départ dans une maladie des vertèbres cervicales ; enfin, dans certaines circonstances ils se développent localement dans le tissu cellulaire post-pharyngien, soit d'une manière idiopathique, soit à la fin d'une fièvre grave. Les abcès post-pharyngiens sont assez rares. M. Fleeming, dans la *Gazette médicale* (1840, p. 425), en rapporte quatre exemples. Après avoir parlé de deux enfants, chez lesquels il a cru remarquer quelques symptômes propres à ces abcès, voici comment il s'exprime touchant un troisième :

Obs. 2. *Abcès post-pharyngien ; incision ; convalescence de longue durée ; guérison.*

« Le troisième enfant est pris quelques jours après ses frères, en mai 1836, de symptômes semblables. Il était âgé de trois ans et demi et jouissait d'une bonne santé. Il y eut d'abord quelques vomissements qui furent suivis de gêne dans la respiration. En trente-six heures, les accidents s'étaient considérablement aggravés et avaient revêtu les formes d'une fièvre inflammatoire violente, paraissant dépendre de lésions du cerveau ou de ses membranes. Un traitement énergique leur fut opposé, et le quatrième jour l'enfant était en convalescence, et si bien que je déclarai mes visites inutiles.

» Le jour suivant, on m'appela de nouveau : l'enfant ne pouvait mouvoir sa tête, et tout son col était roide et comme inflexible, et la tête penchée fortement en arrière. Les moindres mouvements imprimés à ces parties étaient fort douloureux. Le petit malade se plaignait beaucoup du fond de la gorge ; la déglutition était difficile et accompagnée d'efforts spasmodiques de vomissements. Il n'y avait d'ailleurs ni toux ni altération de la voix. En quelques jours, cette dernière se perdit complétement. Les deux mâchoires ne pouvaient s'éloigner sans de grandes douleurs. J'examinai avec toute l'attention dont j'étais susceptible le col et la gorge, et je ne pus rien y découvrir.

» Au dixième jour, l'état du jeune malade n'avait fait qu'empirer. Amaigri, affaibli, il était tourmenté par une soif ardente, et les liquides passaient si difficilement qu'il ne buvait qu'à la dernière extrémité. Presque toujours plongé dans l'assoupissement, il restait couché sur le dos. Je m'aperçus que lorsqu'il se mettait sur son séant pour boire, le trouble de la respiration était beaucoup augmenté, pour se calmer un peu aussitôt qu'il se couchait.

» Le contraire arrivait pour les symptômes cérébraux qui s'aggravaient dans le décubitus. Cette coïncidence m'amena à penser que la maladie pouvait tenir à une obstruction mécanique du pharynx, survenue depuis l'examen que j'avais fait de ces parties. J'introduisis avec difficulté mon petit doigt entre les deux mâchoires serrées l'une contre l'autre, et j'arrivai jusqu'à la base de la langue, au delà de laquelle je sentis distinctement une tumeur obscurément fluctuante. Le voile et les piliers se reconnaissaient facilement ; mais le moindre mouvement imprimé à la langue était si douloureux que je crus devoir cesser mes investigations.

» Quoique je n'eusse jamais vu ni entendu parler d'abcès au pharynx chez les enfants, la sensation d'une fluctuation obscure en cette région me confirma dans l'opinion que mon second malade portait un abcès dont le volume occasionnait les graves symptômes dont j'étais témoin.

» J'en tentai l'ouverture en m'armant de toute ma prudence, et, à ma grande satisfaction, il s'écoula une grande quantité de pus. Presque aussitôt les accidents disparurent. Le soir du même jour ils étaient revenus. J'examinai de nouveau la gorge ; l'ouverture faite à la tumeur s'était fermée ; je l'agrandis et procurai de nouveau l'évacuation d'une grande quantité de pus. Je recommandai de tenir la tête de l'enfant aussi élevée et aussi penchée que possible sur la poitrine ; les jours suivants, la suppuration continua, l'enfant se leva, et la convalescence, quoique longue, se fit régulièrement. »

Symptômes. — Les symptômes principaux de cette affection sont en premier lieu la difficulté d'écarter les mâchoires et d'avaler ; les mouvements du cou et de la tête sont douloureux, aussi les malades tiennent-ils ces parties dans l'immobilité ; il y a difficulté plus ou moins grande dans l'ingestion des aliments et dans l'introduc-

tion de l'air, toutes les fois que la collection de pus est considérable et qu'elle répond au niveau du larynx : cette difficulté peut se transformer en une impossibilité complète.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces abcès est généralement difficile. La gêne et la douleur plus ou moins grandes que le malade éprouve pendant le passage des aliments et des boissons, les douleurs fixes et profondes qu'il ressent au niveau du pharynx doivent éveiller l'attention du praticien. Souvent à ces phénomènes se joignent des symptômes généraux, de la fièvre, et quelquefois des désordres du côté du cerveau, désordres qui, chez les enfants, peuvent, comme nous l'avons vu, masquer la maladie. Le fond de la gorge, lorsqu'on l'examine avec attention et patience, présente ordinairement une tumeur tendue, rouge, luisante, plus ou moins saillante, qu'on peut explorer à l'aide du toucher. Dans un certain nombre de cas il existe une tuméfaction à l'extérieur du cou. Cette tuméfaction se montre toujours sur un des côtés du larynx, à une époque très avancée de la maladie; il est difficile d'y reconnaître nettement la fluctuation.

Terminaison. — Lorsque ces abcès sont abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent causer la mort de différentes manières ; c'est ainsi que le malade succombe quelquefois à la dyspnée, comme on le voit dans l'observation suivante :

Obs. 3. « Une femme se présente à l'hôpital Guy, se plaignant, dans le fond de la gorge, d'une violente douleur, qu'elle attribuait au passage d'un os pointu. A sa douleur se joignait bientôt une grande dyspnée, qui, faisant de rapides progrès, la fit promptement succomber.

» On trouva entre le pharynx et la colonne vertébrale un énorme abcès qui avait dû causer la suffocation en fermant l'ouverture du larynx. » (*Gazette médicale*, 1840.)

Dans d'autres cas, le malade meurt dans le marasme et l'amaigrissement. M. Bouvier a communiqué un cas de ce genre à l'Académie de médecine. Il s'agissait d'une femme de soixante-douze ans, chez laquelle la gêne de la déglutition était telle, qu'elle ne pouvait avaler ni solides ni liquides, et qu'elle était forcée de se nourrir d'un peu de bouillon et de lait. Cette femme périt au bout de deux mois environ de maladie. (*Bulletin de l'Acad. de médecine*, t. I, p. 714.) Enfin le foyer purulent peut s'ouvrir spontanément dans le pharynx. Nous en avons un exemple dans le fait curieux que nous allons rapporter, et que nous empruntons aux *Bulletins de la Société anatomique* (1839, p. 66).

Obs. 4. « Un homme ne pouvait depuis quelque temps ouvrir la bouche ; il éprouvait une douleur à la partie droite de l'arrière-gorge, mais on ne voyait rien à l'extérieur; enfin il rendit des crachats mêlés de pus et de sang.

» Un jour, pour se débarrasser de la gêne qu'il éprouvait au fond de la bouche, il y introduisit la lame d'un couteau et la porta en divers sens. Soudain le sang jaillit par la bouche en assez grande abondance pour remplir un bassin, et la mort arriva immédiatement.

» Sur la paroi postérieure, et un peu à droite du pharynx, existaient deux ou trois ouvertures qui paraissaient le résultat d'une ulcération, et aboutissaient à un abcès. On ne put trouver le vaisseau qui avait fourni le sang. La carotide interne qui se trouvait environnée de tissus épaissis était intacte. Le pharynx contenait du mucus mêlé de sang. »

Pronostic. — Comme on peut le voir d'après ces différents modes de terminaison, le pronostic des abcès pharyngiens offre quelquefois une gravité réelle; il varie d'ailleurs avec leur position, et les conditions dans lesquelles ils surviennent.

Traitement. — Le seul traitement consiste à ouvrir l'abcès, soit en écorchant la muqueuse avec l'ongle, soit en employant le pharyngotome imaginé par J.-L. Petit, soit en se servant simplement du bistouri. Ce dernier instrument doit être garni jusque dans le voisinage de son extrémité ; on le conduit sur une sonde cannelée, et mieux encore sur le doigt indicateur de la main gauche qui permet d'abaisser la langue en même temps. L'incision devra être pratiquée sur la ligne médiane ; on évitera ainsi de léser les vaisseaux importants.

Si l'on est obligé de donner issue au pus à l'extérieur, il convient de diviser lentement les tissus et couche par couche. Un aide tient les doigts appliqués sur la carotide primitive pour indiquer au chirur-

gien la ligne qu'il ne doit pas dépasser en dehors.

L'ouverture de ces abcès est ordinairement suivie d'une prompte diminution de tous les accidents qu'occasionnait leur présence. Il est utile de favoriser la détersion du foyer, dans un cas par des gargarismes, dans un autre par le moyen d'une mèche effilée.

ARTICLE V.

Solutions de continuité du pharynx.

Les solutions de continuité du pharynx sont de diverses natures. Nous ne parlerons point ici des *plaies du pharynx;* leur histoire rentre dans celle des plaies du cou et de l'œsophage ; pour la même raison, nous omettrons également les *ruptures*. Les ulcérations syphilitiques ne présentent, dans cette région, aucune particularité qui mérite une description autre que celle des ulcères syphilitiques en général.

A côté de ces différentes sortes de solutions de continuité, nous devons signaler certaines ulcérations chroniques qui, jusjusqu'à ce jour, ont été peu étudiées, et sont d'ailleurs très rares. Une ulcération de ce genre produisit une hémorrhagie abondante chez un Anglais, dont M. Herbert Mayo a longuement rapporté l'histoire, observation que l'on peut lire dans les *Archives générales de médecine* (t. XXII, année 1830, p. 117). Une autre amena la mort chez une femme âgée de cinquante ans. Voici l'observation :

OBS. 1. *Affection ulcéreuse du pharynx.*

« Madame C..., d'Orléans, marchande de bois, âgée de cinquante ans, mère de huit enfants, avait eu toutes ses couches laborieuses et suivies d'accidents graves. Exposée continuellement à élever la voix dans des chantiers en plein air, elle éprouvait depuis plusieurs années une gêne habituelle dans la gorge. Depuis six mois, elle présentait les symptômes suivants, qui se sont aggravés jusqu'à la mort, survenue, le 5 février 1830, à la maison de santé de M. Barie : Altération de la voix, toux gutturale, expuition très abondante de crachats écumeux avec stries de sang de loin en loin, et assez souvent avec une matière grumeleuse et grisâtre qu'on pouvait apercevoir dans l'intérieur du pharynx et sur l'épiglotte ; tuméfaction dure au côté gauche du larynx ; amaigrissement et faiblesse très grande.

» Sous l'influence du traitement auquel elle fut soumise à son entrée dans l'établissement, la malade parut soulagée, mais bientôt les symptômes s'aggravèrent de nouveau et elle succomba.

» On trouva tout le pharynx malade ; il était le siége d'une vaste ulcération qui n'avait épargné qu'une faible portion de la membrane muqueuse. Cette ulcération avait une surface inégale et granuleuse, couverte d'une matière caséeuse d'un blanc grisâtre semblable à celle que la malade avait rendue pendant la vie ; elle n'avait détruit que la muqueuse. Les parties voisines étaient boursouflées. Le commencement de l'œsophage était réduit au calibre d'une plume ; il formait la limite du mal. »

ARTICLE VI.

Corps étrangers dans le pharynx.

L'étude des corps étrangers dans le pharynx rentre en partie dans celle des corps étrangers dans l'œsophage ; elle présente cependant certaines particularités qui méritent d'être exposées dans un article spécial : c'est ce que nous allons faire en peu de mots.

Une première remarque qui frappe l'observateur, c'est que les corps étrangers du pharynx séjournent dans cette région, moins à cause de leur volume que de leur forme, et des aspérités qu'ils présentent. Supposez un corps volumineux, de forme régulière, introduit dans le pharynx ; il descendra dans l'œsophage, ou bien le malade le rejettera au dehors à l'aide de ses doigts ou d'un effort violent. Si, au contraire, ce corps présente une pointe, il s'arrêtera dans un point quelconque de la cavité.

Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur les nombreuses variétés que ces corps peuvent présenter dans leur nature, leur forme et leurs dimensions, particularités qu'on se figure aisément, et qui toutes exercent la plus grande influence sur les accidents que peut amener la présence du corps étranger.

Parmi ces accidents, on peut citer, en premier lieu, la lésion des nerfs et des

gros vaisseaux situés sur les parties latérales de la région ; elle est surtout à redouter quand une épingle ou une aiguille a pénétré dans le pharynx, et par sa présence détermine des mouvements convulsifs dans les muscles de l'organe.

D'un autre côté, par leur séjour plus ou moins prolongé dans le point où ils se sont implantés, les corps étrangers peuvent amener des inflammations et des ulcérations avec toutes les conséquences nécessairement attachées à de pareils accidents. Nous allons en rapporter un exemple ; il est tiré des *Bulletins de la Société anatomique* (1835, p. 121).

Obs. 1. *Corps étranger dans le pharynx ; mort ; autopsie.*

« Le nommé Crespin, cuirassier au 7e régiment, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, était atteint d'un catarrhe bronchique, dont l'invasion remontait à cinq mois, et pour lequel il n'avait fait usage d'aucune médication. Cette maladie l'incommodait fortement pendant la nuit, mais peu dans la journée.

» Le 23 janvier, en mangeant sa soupe, Crespin éprouve tout à coup dans la région pharyngienne une vive douleur accompagnée d'un sentiment violent de strangulation ; il a la conscience d'avoir avalé un os.

» Amené de suite à l'hôpital, il présente les symptômes suivants : La respiration est difficile, la face violacée, l'anxiété extrême et la suffocation imminente ; les mouvements de déglutition sont douloureux et presque impossibles. Le malade crache du sang, indique du doigt le point douloureux, l'endroit du pharynx et de l'œsophage où il sent le corps étranger. Celui-ci paraît libre, puisqu'il se fait sentir tantôt à un point, tantôt à un autre, à des hauteurs qui varient entre elles d'un pouce. J'essaie plusieurs fois l'introduction de la sonde œsophagienne, seule ou garnie à son bec d'un peloton de fil ou d'une éponge ; elle pénètre sans difficulté et à plusieurs reprises jusqu'à l'estomac, sans qu'aucun signe puisse faire reconnaître l'existence du corps que je cherche, quoique après ces manœuvres le malade me dise sentir l'os plus bas. Ces tentatives étant infructueuses, je lui conseille la marche, et surtout une promenade à cheval, qui ont le même insuccès. Pendant deux heures les oscillations du corps étranger restent les mêmes. Il continue à monter, à descendre, occupant alternativement la partie inférieure du pharynx ou la partie supérieure de l'œsophage.

» Deux grains d'émétique en deux doses et plusieurs potions huileuses sont administrés sans plus de succès. De nouvelles introductions de la sonde œsophagienne sont encore tentées en vain ; des pommes de terre, de la mie de pain frais, avalées par le malade dans l'intention d'envelopper et d'entraîner le corps étranger, restent encore sans effet.

» Enfin des saignées locales et générales n'ayant amené aucun résultat favorable, le malade est abandonné aux ressources de la nature, dans la crainte d'augmenter par la multiplicité des efforts l'irritation déjà existante.

» A la visite du 24, même état ; cependant au bout de quelques jours la douleur locale est moins vive et moins circonscrite ; elle occupe tout le pharynx et une partie de l'œsophage. Le malade ne peut plus préciser le point où il sent arrêté le corps étranger.

» Pendant un mois, Crespin reste dans cet état. Le chirurgien en chef se croit alors autorisé à nier l'existence d'un corps étranger, qui, d'ailleurs, a résisté à tous les moyens d'investigation, et croit avoir affaire à une phthisie laryngée ; il évacue, en conséquence, le malade dans une salle de fiévreux le 24 février.

» La faiblesse et la maigreur sont extrêmes, la voix presque éteinte ; une toux opiniâtre accable le malade et développe incessamment de la douleur aux parties affectées. Un mouvement fébrile, presque continu, accompagne cet état. Bientôt la douleur et la gêne du cou augmentent ; un moxa brûlé sur la partie antérieure de cette région, n'y apporte point d'amélioration ; et aucun moyen ne paraissait plus pouvoir être tenté, lorsque, le 26 mars, à trois heures de l'après-midi, après avoir mangé quelques pruneaux, le malade ressent une douleur violente qui semble descendre le long de l'œsophage, accompagnée de nausées et de malaise à la région épigastrique, et après quelques efforts, il rend, au milieu d'aliments non encore digérés, et en pré-

sence de plusieurs témoins, un os triangulaire à angles rugueux et chagrinés, présentant à une de ses faces une saillie de deux lignes, mince, rugueuse, et occupant toute sa largeur. Les dimensions de cet os sont telles, que deux de ses côtés offrent chacun un pouce d'étendue, et le troisième huit lignes.

» Pendant les quinze jours qui suivirent, l'état du malade paraissait devenir de plus en plus satisfaisant; on avait même conçu l'espoir de le sauver, malgré les désordres que l'on présumait exister dans le larynx ou dans l'œsophage. La toux était calmée, la déglutition devenue plus facile, l'expectoration moins abondante et moins purulente, quoique la parole fût toujours difficile et la voix basse et enrouée; mais cette amélioration fut de courte durée.

» Du 12 au 15, les douleurs se réveillèrent; la suffocation devint imminente, la toux opiniâtre, la déglutition impossible, la maigreur extrême. À tous ces symptômes se joignirent bientôt ceux qui sont propres à la pneumonie. Leur intensité ne fit que s'accroître pendant trois semaines. Enfin, il fut enlevé à ses maux le 4 avril, dans un état voisin du marasme.

» L'autopsie nous fit reconnaître les désordres suivants : Le corps étranger s'était logé à la partie inférieure du pharynx, et un peu à droite; il avait déterminé la carie des cartilages aryténoïdes et de la partie postérieure du cricoïde formant le fond d'une vaste ulcération ouverte dans le pharynx, mais non dans le larynx, dont la membrane muqueuse était épaissie; une ulcération analogue occupait la paroi postérieure et avait mis le corps étranger en rapport immédiat avec la colonne vertébrale, avait détruit les ligaments vertébraux correspondants, et s'était creusé une fossette de deux lignes de profondeur, aux dépens des deux vertèbres voisines et du fibro-cartilage intermédiaire. Traces d'inflammation dans le tissu pulmonaire. »

Hévin, dans son mémoire, rapporte le fait suivant :

Obs. 2. *Arête de morue arrêtée dans le pharynx; suppuration; le corps étranger est entraîné au dehors.*

« Une femme, qui mangeait de la morue, avala une arête assez grosse qui passa dans le gosier presque sans causer de douleur; elle sentit seulement pendant deux jours un léger picotement, lorsqu'elle avalait des aliments solides; mais le troisième jour la douleur devint plus vive, elle fut suivie de fièvre et de difficuté d'avaler même les aliments liquides.

» Plusieurs saignées que l'on fit coup sur coup les premiers jours n'empêchèrent pas le progrès des accidents; ils ne finirent que par une suppuration au pharynx qui dégagea le corps étranger; la malade le rejeta par la bouche avec une assez grande quantité de pus le septième jour. » (Hévin, *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*, t. I.)

A ces observations, nous pourrions ajouter celle d'une malade chez laquelle un os retenu au gosier causa une inflammation accompagnée de fièvre, de délire et de convulsions; celle d'un homme qui, tombant le visage contre terre, pendant qu'il fumait, s'engagea dans la gorge un morceau de tuyau de pipe : cet accident fut suivi d'une grande hémorrhagie, puis d'un abcès au-dessous de l'oreille, abcès qui plus tard donna issue à un fragment de pipe; mais les exemples que nous avons donnés suffisent.

Symptômes et diagnostic. — La présence des corps étrangers dans le pharynx s'annonce par une douleur fixe à la gorge ou à la partie supérieure du cou, par de la difficulté à respirer, de la gêne et quelquefois de l'impossibilité dans les mouvements de déglutition, et souvent par une toux convulsive. Les symptômes sont plus ou moins modifiés par la nature et les qualités du corps étranger. Les renseignements que pourra donner le malade ne devront pas être négligés. Un point important à connaître est la position précise du corps étranger, il suffit dans certains cas d'une simple inspection du fond de la gorge; dans le plus grand nombre, la vue n'apprend rien, et il devient nécessaire d'introduire le doigt dans le pharynx ou d'y plonger une sonde.

Traitement. — Le traitement varie évidemment avec la nature et la forme des corps étrangers. Lorsque l'une et l'autre sont de nature à causer des accidents, il est impossible de songer à les refouler dans l'œsophage et dans l'estomac; il convient donc de les extraire par la bouche. Le procédé le plus simple consiste à porter

au fond de la gorge le doigt indicateur de la main gauche, et à faire glisser sur ce doigt une pince droite ou courbe, au moyen de laquelle le corps étranger est saisi et attiré au dehors.

Il peut se faire qu'un corps étroit et pointu, comme une épine, une arête, soit retenu par ses deux extrémités à la fois. De La Motte eut affaire à un cas de ce genre: « J'eus, dit-il, beaucoup plus d'inquiétude de la femme d'un tailleur de cette ville, qui avait une épine, de la longueur de deux pouces, embarrassée dans la gorge : je la touchais, et je ne pouvais la tirer, ce qui me détermina à la pousser d'un des deux côtés, afin de dégager l'autre. Cela me réussit; mais cette pauvre femme souffrit ensuite de vives douleurs, dont je craignais les suites, qui néanmoins ne furent point fâcheuses.

» Je fis seulement gargariser l'endroit de la piqûre avec de l'eau-de-vie, et y mettre ensuite du miel rosat, trois ou quatre fois chaque jour; il n'en fut autre chose.» (La Motte, *Traité de chirurgie*, Paris, 1771, t. II, p. 398.)

Un autre procédé employé par le même chirurgien n'est pas moins curieux. Voici comment il le rapporte :

Obs. 3. « Enfin, un de mes garçons, revenant de la campagne avec moi, pourvu d'un très bon appétit, avala un os fort gros dans une cuillerée de soupe bien chaude et bien mitonnée.

» Cet os lui étant resté dans la gorge, il commença à faire des figures étranges, et les yeux lui tournaient dans la tête d'une manière à faire peur aux plus hardis. Comme il se leva brusquement, et qu'il n'était pas nécessaire de me dire ce qui le tenait, je lui donnai un grand coup de poing entre les deux épaules. A deux pas de là il rejeta sur-le-champ une portion d'os de la grosseur du petit doigt et revint achever de manger la soupe.» (*Loc. cit.*, p. 399.)

Dans certaines circonstances, l'extraction des corps étrangers ne peut être pratiquée par la bouche. Rivols retira par une petite incision au cou une aiguille qui avait été avalée plusieurs années auparavant; Rejes employa le même moyen pour une autre aiguille qui vint se présenter derrière l'oreille droite.

Souvent les seuls efforts de la nature suffisent pour l'élimination des corps de ce genre, soit que leur séjour forcé détermine une suppuration qui les mette en liberté, soit qu'ils cheminent à de grandes distances à travers les tisssus. J.-L. Petit raconte l'histoire d'une demoiselle qui avala une épingle en mangeant de la soupe et fit d'inutiles efforts pour retirer le corps étranger. Le lendemain la malade sentant celui-ci un peu plus bas au niveau du cartilage thyroïde, il essaya de l'enfoncer avec un poireau; la déglutition devint plus facile. Un an après, l'épingle était au-dessus de la clavicule, et placée en travers; trois mois plns tard, elle était sous la peau du moignon de l'épaule, et Petit la retira à l'aide d'une incision : elle était noire, à l'exception de la tête qui était couverte de vert-de-gris.

Mais il arrive assez fréquemment que le corps étranger ne peut être retiré par les procédés que nous avons mentionnés, et qu'en même temps il ne peut séjourner dans le point qu'il occupe sans causer des accidents qui compromettent la vie du malade. C'est dans les circonstances de ce genre qu'il convient d'avoir recours à la pharyngotomie. Cette opération se pratique suivant les mêmes règles que l'œsophagotomie; souvent la saillie du corps étranger lui donne un haut degré de simplicité.

Nous terminerons ce sujet en rapportant une observation où l'emploi de ce procédé fut suivi d'un grand succès; nous l'empruntons au Mémoire d'Hévin.

Obs. 4. *Fragment de fuseau entré de force dans les muscles du cou ; extraction par incision; guérison rapide.*

« Une femme de soixante-six ans, qui décordait une fusée de fil, était assise sur une selle à trois pieds qui se renversa pendant qu'elle tenait son fuseau à la bouche; cette femme tomba le visage contre terre, le fuseau se cassa; un des bouts entra avec violence dans le fond de la gorge, et pénétra fort avant dans les muscles du cou.

» La plaie que ce corps étranger causa fut suivie d'une légère hémorrhagie; la malade ressentit sur-le-champ des douleurs très aiguës; elle ne respirait qu'avec beaucoup de difficulté. On la transporta à l'hôpital. M. Honde examina le gosier, où

il découvrit une très petite plaie qui saignait encore, mais il n'aperçut point le corps étranger; la malade lui fit entendre par signes (car elle ne pouvait parler), qu'un fragment de son fuseau lui était entré dans le cou, au delà du gosier. M. Honde, en touchant le derrière du cou, sentit le corps étranger sous les téguments, à la partie moyenne du cou et latérale gauche de la troisième vertèbre, en comptant de bas en haut.

» Les accidents, qui étaient fort pressants, déterminèrent ce chirurgien à faire promptement l'extraction de ce morceau de fuseau; il manda plusieurs chirurgiens en consultation. Il fit, en leur présence, une incision longitudinale, et découvrit le corps étranger qu'il retira avec des pincettes; il le saisit par un petit crochet de fil d'archal qui était à l'extrémité du fuseau, et qui avait pénétré le premier dans les chairs : ce corps étranger, joint avec le fil de fer, avait trois pouces de longueur.

» Dès que l'opération fut faite, les douleurs diminuèrent considérablement, la respiration devint beaucoup plus libre, la malade recouvra l'usage de la parole; l'incision fut pansée comme une plaie simple.

» M. Honde fit faire plusieurs saignées à cette malade, et lui donna un gargarisme vulnéraire détersif; il ne survint ni fièvre ni aucun accident; les fibres divisées des muscles du cou se rapprochèrent, et la malade fut guérie de ses deux plaies le huitième jour. » (Hévin, *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*, t. I, p. 469.)

CHAPITRE VI.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE.

ARTICLE PREMIER.

Corps étrangers dans l'œsophage.

Les corps étrangers de l'œsophage sont tellement divers, qu'il serait difficile de rencontrer un seul des objets qu'on a habituellement sous la main, et qui se prêtent à ce rôle par leur volume, qui ne se soit arrêté dans cette partie du tube de la déglutition. Mais ceux qu'on y trouve le plus souvent sont ceux qui sont susceptibles d'être avalés involontairement avec les aliments. Ce sont les arêtes de poisson, des fragments de cartilage ou de tendon.

Un corps étranger tout particulier et vivant peut entrer dans l'œsophage avec les boissons et s'y fixer, ce sont les sangsues. Cet accident arrive surtout lorsque des individus vont avidement et sans précaution désaltérer leur soif dans les ruisseaux ou dans les pièces d'eau où vivent ces annélides; ainsi que Larrey l'a observé sur nos soldats dans la campagne d'Égypte, par exemple.

Des jongleurs ou des maniaques, des enfants, etc., se sont également introduits dans l'œsophage divers objets, des aiguilles, des épingles, des pièces de monnaie, des couteaux, des fourchettes, des morceaux de bois, etc.

Enfin les corps étrangers de l'œsophage peuvent venir de l'estomac.

« Houllier dit qu'une fille qui s'était rempli l'estomac à l'excès de poumons de bœuf, eut en conséquence des pesanteurs à l'épigastre, des nausées fréquentes, et enfin un vomissement considérable, par lequel un morceau de poumon qu'elle avait mangé fut poussé dans l'œsophage, où il s'arrêta. Il causa à la malade de fâcheux symptômes qui persistèrent jusqu'à ce qu'elle fût délivrée de ce corps étranger qu'elle rejeta avec des efforts très violents. » (Hévin, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, p. 455.)

A l'autopsie d'un maçon mort subitement, on a trouvé un gros peloton de vers lombrics dans l'œsophage au niveau de la glande thyroïde. (De La Prade, *Compte rendu de la Société de médecine de Lyon*, 1821, p. 62.)

Borsieri a vu un fait analogue chez une jeune fille. (*Inst. med. pract.*, t. IV, p. 291.)

Symptômes des corps étrangers de l'œsophage. — La présence d'un corps étranger dans l'œsophage détermine aussitôt un sentiment de strangulation, d'angoisse, ou au moins d'embarras, de piqûre. Bientôt le malade se livre à des efforts violents et convulsifs pour rejeter le corps étranger. La respiration se trouble, le visage rougit, se gonfle; les yeux deviennent larmoyants; il survient une grande agitation à laquelle l'effroi a plus de part encore que la douleur.

Cet état cesse au bout de quelque temps, soit que le corps étranger se dégage pour remonter dans la bouche ou pour tomber

dans l'estomac, soit enfin qu'il se fixe où il s'est arrêté. La crise a été d'autant plus violente, que le corps étranger occupe un point plus élevé dans l'œsophage; et même tout se réduit à une douleur vive, modérée ou obscure, et à de la gêne dans la déglutition, lorsque c'est la partie thoracique du conduit qui a retenu le corps étranger. Quelquefois l'œsophage se resserre sur le corps étranger, de façon qu'il est impossible de le déplacer, de le retirer ni de l'enfoncer.

Mais le plus redoutable de tous les accidents primitifs, c'est la suffocation. Liée le plus souvent au volume, à la forme ou à la position du corps étranger, la suffocation peut amener la mort instantanément.

« Ledran nous fait part, dit Hévin, d'une observation où il dit qu'un homme avala un morceau un peu gros d'une éclanche de mouton qui s'arrêta dans l'œsophage; cet homme se retira de la compagnie pour tâcher de le rejeter : ceux qui étaient présents ne s'étaient point aperçus de l'accident, ils crurent qu'il était sorti pour satisfaire à quelque besoin ordinaire. Il resta sans secours et fut étouffé. La compagnie, étonnée de ce qu'il ne revenait point, commença à s'inquiéter; on fut le chercher, et on le trouva mort, appuyé contre un mur. » (Hévin, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, p. 447.)

Une autre fois, c'est un enfant suffoqué par un morceau de gâteau, ou un homme par un morceau de couenne de jambon pilée et saupoudrée de mie de pain (Fabrice de Hilden, *Cent.* I, obs. 35). Ou bien encore, c'est un homme qui, par forfanterie, veut avaler un œuf entier, et meurt aussitôt (Boneti, *Med. sept. de l'œsoph.*, lib. III, sect. 1, op. 10). Enfin Hévin cite beaucoup de cas où la mort arriva ainsi subitement par différents fruits arrêtés dans l'œsophage. Cependant cette issue fatale n'a pas toujours lieu d'une manière si instantanée, ainsi que le démontrent les observations de Ledran, Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, de La Motte, et la suivante que nous empruntons à Mondière.

Dans cette observation, il est question d'un homme que M. Mondière eut occasion de disséquer à la fin de l'hiver de 1828.

Obs. 1. « Le malheureux, dont l'embonpoint était bien conservé, et dont les organes gorgés de sang annonçaient une mort prompte et par asphyxie, avait été suffoqué par un tendon de bœuf arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. Nous ne pûmes nous procurer de renseignements sur ce malade : déjà il avait servi à des préparations anatomiques lorsqu'on nous le livra pour la dissection; et sans doute, comme à ceux chargés du service de l'hôpital où il fut d'abord conduit, la cause de la mort de ce vieillard, privé de dents, nous aurait échappé si nous n'eussions dirigé nos études vers les organes de la déglutition. Déjà, en examinant la structure de l'estomac, nous avions été surpris de trouver dans son intérieur deux ou trois bouchées de bouilli, nullement altéré par la digestion; mais ce fait s'expliqua facilement quand nous eûmes trouvé le corps étranger qui, fortement engagé dans la partie supérieure de l'œsophage, comprimait la trachée-artère. » (*Archives de méd.*, t. IV, p. 394.)

Les accidents consécutifs qui dépendent du séjour plus ou moins prolongé du corps étranger dans l'œsophage sont souvent très graves.

Le plus inévitable de ces accidents est une inflammation qui se dissipe en général d'elle-même après l'extraction du corps étranger, et qui, dans le cas contraire, peut avoir différentes terminaisons. Ordinairement elle devient suppurative autour du corps étranger, qui se dégage pour être expulsé par la toux avec la matière purulente, ou pour descendre dans l'estomac.

D'autres fois, malgré la violence de l'inflammation suppurative, le corps étranger reste en place et détermine des abcès, des accidents divers qui peuvent en imposer sur la nature véritable de la maladie. Les symptômes de ces inflammations sont : une douleur plus ou moins vive, quelquefois très aiguë, des convulsions, des vomissements de matières alimentaires ou muqueuses et mêlées de pus et de sang. Souvent le malade est tourmenté par la toux, et il éprouve une aphonie complète, ainsi que l'a observé M. Gaultier de Claubry. (*Recueil périod. de la Société de médecine*, t. XXXIV, p. 13.)

Obs. 2. « Marie Monin, âgée de vingt-six ans, cuisinière, avala, en 1780, un os de cochon en mangeant une soupe aux choux et au petit salé. On ne connut point alors la longueur, la largeur ni l'épaisseur de cet os. Les accidents les plus graves survinrent. Toutes les ressources de l'art furent prodiguées à la malade.

» On crut que l'os était descendu dans l'estomac. Les accidents qui annoncent la présence d'un corps étranger engagé dans l'œsophage étant dissipés, il ne resta en apparence que les conséquences de la présence momentanée du corps étranger dans ce canal, ou des moyens employés pour le retirer ou le faire descendre dans l'estomac. Après avoir mis en usage tout ce qui pouvait calmer les parties irritées, on ne s'occupa plus de la malade qui mangeait et buvait assez facilement. Il lui restait seulement un enrouement, une voix un peu rauque et un léger malaise, que l'on attribua à l'effet et à la suite de l'excoriation, que l'on supposait causée par la marche de l'os dans le trajet qu'il avait parcouru, ou par quelqu'un des moyens qu'on avait employés, soit pour retirer l'os, soit pour le faire descendre.

» La malade s'habitua insensiblement à ce malaise et à cet enrouement; elle reprit ses travaux ordinaires, mais peu à peu elle maigrit.

» Il se passa un certain temps sans accidents remarquables, excepté un léger sentiment douloureux en avalant, et un peu de gêne quand elle mangeait des corps plus solides les uns que les autres. Après un laps de temps dont on n'a pas fixé l'époque, la maigreur devint considérable, la voix s'éteignit, l'enrouement devint très fort; il se déclara une toux vive, qui augmenta beaucoup en peu de temps. La malade devint jaune, la fièvre s'alluma, des douleurs à la poitrine se manifestèrent, les crachats devinrent épais, grisâtres et sanguinolents; les forces diminuèrent et la malade donna de l'inquiétude.

» Les médecins consultés considérèrent l'état de la malade comme une phthisie à la fin du second degré. On se conduisit en conséquence. On avait perdu de vue le corps étranger; on attribuait cette phthisie à une inflammation des membranes du larynx, qui se prolongeait jusqu'aux poumons, et y avait établi un point de suppuration. Les vésicatoires, les tisanes pectorales, les béchiques furent mis en usage.

» Quatorze ans se passèrent en ces différents états. Je vis la malade à Blois, pendant le séjour que j'y ai fait durant les mouvements révolutionnaires. Au premier aspect, je la jugeai au dernier degré de phthisie pulmonaire; elle annonçait ne pas devoir vivre longtemps; elle crachait du pus et du sang en assez grande quantité; le visage était entièrement décoloré et la maigreur extrême. Cependant la difficulté de respirer s'éloignait de celle des phthisiques au degré où semblait être cette fille, sans compter sur aucun résultat heureux.

» Après la fin du récit, je la fis déshabiller; je frappai sa poitrine sur toutes ses faces; je la trouvai sonore dans tous ces points et dans toute son étendue; je la fis coucher sur le dos, sur les côtés, même sur le ventre, elle respira bien dans ces diverses situations; je remarquai qu'il n'y avait que sa grande faiblesse qui gênait la respiration.

» Après cet examen, je passai à celui dont naturellement je devais m'occuper, c'était celui du cou et de l'intérieur de la bouche. Celle-ci était remplie et enduite de pus et de sang dans son fond; je la fis laver, et je vis qu'elle était enflammée et que cette inflammation devait augmenter à mesure qu'elle se prolongeait dans le pharynx, où la malade sentait de la douleur. Je fis de légères pressions le long du cou, et la malade fit un mouvement et me dit sentir une douleur lorsque mes doigts pressaient le cou auprès de la clavicule du côté gauche.

» Elle ne se plaignait que d'une très légère douleur à la poitrine, sans même pouvoir désigner le lieu; les mouvements du cœur étaient faibles, ceux du pouls répondaient à cet état; ils avaient un peu d'irrégularité, ce qui faisait supposer une fièvre lente.

» La maigreur était au point que l'on aurait pu reconnaître et distinguer chacun des viscères contenus dans la cavité abdominale.

» Les urines coulaient assez abondamment en raison des boissons que la malade prenait; elles variaient souvent de couleur

et se montraient tantôt claires, tantôt citronnées, tantôt rouges et souvent chargées d'une matière blanche; les garde-robes étaient rares et en petite quantité, mais assez régulières; les règles, quoique en petite quantité, arrivaient aux époques accoutumées.

» Depuis le commencement de cette maladie, la malade n'avait point eu de diarrhée.

» Cet état durait depuis quatorze ans; il n'était pas facile de prononcer sans un examen attentif, comme celui que je venais de faire.

» L'absence de la douleur à la poitrine, l'état sonore de cette cavité, la facilité de la respiration, les règles ayant leur cours, quoique en petite quantité, l'absence de la diarrhée, un grand nombre de moyens mis en usage, tous infructueux, le danger dans lequel me paraissait la malade, me firent penser à la faire vomir, comme dernière ressource, surtout sachant que ce moyen avait été négligé jusque là.

» J'étais persuadé que l'os avalé était la cause de cette longue et cruelle maladie; je pensais qu'il était implanté dans quelques parties des membranes de l'œsophage, et que le pus et le sang que cette infortunée crachait en assez grande quantité étaient un indice de la présence de cet os; qu'enfin, avec un émétique sagement administré, on pourrait parvenir à le faire sortir du lieu où il séjournait depuis si longtemps, et par ce moyen peut-être guérir la malade.

» Je fis part de mon idée à M... et madame Séridon, et j'ajoutai que, d'après l'opinion de quelques auteurs, il était probable que l'os, ayant séjourné dans ce canal, s'était altéré; qu'il devait avoir perdu de son volume; que par conséquent son expulsion ne présenterait pas autant de difficultés qu'elle en aurait offert dans les premiers moments de son introduction; que depuis son entrée les aspérités en avaient été détruites, et que l'émétique me paraissait le seul et unique moyen à employer.

» Au moment où j'allais commencer mon traitement en débutant par les émétiques, la nature vint au secours de cette malade; il lui survint des envies de vomir, qui furent promptement suivies de vomissements, dans l'un dequels elle rejeta l'os qui, depuis quatorze ans, lui avait causé tant d'accidents.

» Je fus averti de l'événement et je me rendis auprès de la malade; elle me dit qu'au dernier vomissement elle avait senti une douleur dans la gorge, comme si quelque chose s'était déchiré, sans pouvoir me désigner le lieu.

» Je conseillai le repos, une boisson faite avec la racine de guimauve, la fleur de violette et le sirop de gomme arabique, et du bouillon avec le bœuf et le veau à parties égales.

» Le lendemain je trouvai la malade calme; son pouls, quoique faible, était égal; sa respiration aisée; les forces s'étaient relevées; le fond de la bouche était moins couvert de pus; il n'y avait point de sang; la langue était moins chargée; l'inflammation avait beaucoup diminué, la malade me dit qu'elle ne sentait plus, dans la gorge, un certain embarras qu'elle avait quand elle buvait.

» En peu de jours il y eut un changement très remarquable en bien; enfin, cette fille, après quelque temps, reprit son embonpoint et ses couleurs naturelles; son rétablissement fut complet dans l'espace de six semaines à deux mois; l'enrouement, la voix rauque, tout se dissipa.

» L'os, tel qu'il a été rendu par le vomissement, présente à peu près la grandeur de l'ongle d'un adulte de haute stature; il en a même en quelque sorte la forme; plat et peu épais, il est lisse à sa surface supérieure, et rugueux, spongieux à la surface inférieure; il a également quatre bords inégaux, dont les angles sont émoussés; du reste, il n'offre pas d'autres particularités.

» La malade vit encore; elle habite toujours Blois, où elle est mariée à un tailleur nommé Deroy; elle est âgée aujourd'hui de cinquante-quatre ans. Pendant les quatre années qui ont suivi sa guérison, elle crachait encore du sang; à présent elle se porte bien. »

Les violents efforts de toux peuvent seulement déplacer le corps étranger ou le chasser complétement.

Cette expulsion peut avoir lieu à des époques différentes, au bout de sept, dix et dix-sept mois, et même de quatorze ans comme dans le cas de M. Gaultier de

Claubry. Elle est en général provoquée ou déterminée par de fortes convulsions, par des vomissements ou par une violente quinte de toux. La place que le corps étranger a occupée reste ordinairement douloureuse pendant longtemps.

Les abcès qui se forment dans certains cas autour du corps étranger dans les parois de l'œsophage peuvent s'ouvrir pendant des efforts de toux ou de vomissement, et le corps étranger est alors souvent expulsé avec le produit de la suppuration. D'autres fois ces abcès entraînent la perte des malades. Plater cite le fait d'un enfant qui mourut de suffocation à la suite d'un abcès de cette nature.

Il arrive que les corps étrangers, après avoir perforé les parois œsophagiennes, occasionnent dans les parties molles voisines des collections purulentes qui s'ouvrent, les unes sur les côtés du cou et entraînent au dehors le corps étranger, les autres dans la poitrine et ont une issue fatale, ainsi que l'a observé Hofer.

L'hémorrhagie est un accident consécutif moins fréquent; elle dépend d'une sorte d'usure produite par le corps étranger sur les parois des gros vaisseaux qui avoisinent l'œsophage, et dès lors elle est presque nécessairement mortelle. Le docteur Martin en a publié une observation intéressante sous tous les rapports. Voici cette observation :

Obs. 3. « Un caporal, d'un tempérament bilieux, jouissait habituellement d'une bonne santé. Il était sorti depuis un mois de l'hôpital, où des douleurs intestinales l'avaient forcé d'entrer, lorsque le 16 mars 1824, à dix heures du soir, après avoir fait l'appel de sa chambrée, et s'être pendant quelque temps amusé avec ses camarades, il fut atteint d'une hémorrhagie abondante. Sans cause connue, sans douleur préalable, il avait tout à coup vomi ses aliments du repas de cinq heures, mêlés à une quantité de sang en partie liquide et en partie coagulé, que nous évaluâmes à un litre et demi environ.

» Je fus appelé aussitôt. M... avait le pouls large, sans être dur ou accéléré; le visage était pâle, et un peu de moiteur couvrait toute l'habitude du corps. Le malade était tranquille, il n'accusait aucune douleur, et se plaignait seulement d'une gêne légère, qu'il rapportait à la partie antérieure du cou. La respiration était d'ailleurs parfaitement libre, et c'était pour la première fois de sa vie qu'un accident semblable se manifestait. Quelques épistaxis s'étaient seules assez fréquemment renouvelées depuis la puberté, et avaient disparu à l'époque de l'entrée de ce militaire au service. Enfin, voulant ne rien négliger de ce qui pouvait éclairer le diagnostic, j'appris qu'une douleur s'était manifestée à l'hypochondre droit, peu de temps après la sortie du malade de l'hôpital, et qu'elle avait disparu spontanément. Une constipation de plusieurs jours avait eu lieu, et s'était terminée le matin même par une évacuation de matières endurcies. Je n'obtins aucun autre renseignement.

» Inquiet cependant de voir une hémorrhagie aussi considérable survenir sans qu'on pût en connaître la source, je prescrivis une émulsion nitrée et édulcorée avec le sirop de limon, à prendre par cuillerées, et je donnai l'ordre de me venir chercher si le vomissement reparaissait. Un repos absolu et le silence furent recommandés au malade, que je rassurai en attribuant son accident à la suppression de l'hémorrhagie nasale qui lui était autrefois habituelle.

» Le 17, vers huit heures du matin, l'hémorrhagie se renouvela avec violence. Lorsque j'arrivai, tout secours était devenu inutile : M... succomba dix minutes après.

» Cette seconde hémorrhagie, évaluée à quatre ou cinq livres, était formée par un sang vermeil et liquide.

» On m'apprit alors que le malade avait plusieurs fois avalé des pièces de six francs, qu'il rendait ordinairement quelques jours après par la voie des selles, et que depuis quinze jours il avait ingéré une pièce semblable, qui n'était pas encore sortie. On n'avait pas osé la veille m'apprendre ces détails importants. La cause de la mort ne pouvait plus être douteuse; l'autopsie allait nous apprendre comment elle avait agi.

» L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain 18, à l'hôpital de la marine, par M. Deveroe, prévôt de cet établissement, en présence de M. Legris, médecin en chef adjoint, et de plusieurs officiers de santé de la garnison de Brest.

» L'estomac contenait une pinte environ de sang noir et liquide; mais il ne se pré-

senta ni érosion ni corps étranger. La membrane muqueuse nous parut légèrement phlogosée dans toute son étendue, mais sans que cette faible rougeur pût expliquer l'abondance et la rapidité de l'exhalation sanguine que l'on observait; elle semblait due plutôt à l'absorption déjà commencée de quelques parties du liquide.

» L'exploration étant continuée en haut, on découvrit dans l'œsophage, à la hauteur de la bifurcation des bronches, une pièce de six francs solidement retenue par les parois du conduit. La situation de ce corps étranger était telle, que, placé de champ, son épaisseur était parallèle à l'axe de l'œsophage; le côté de la tête était tourné en avant, et l'opposé en arrière, tandis que la circonférence était latéralement embrassée, et faisait l'office de dilatateur.

» On conçoit comment la trachée-artère, n'éprouvant aucune compression, l'acte respiratoire était demeuré libre, en même temps que l'œsophage, non obstrué, pouvait continuer de livrer passage aux boissons et aux aliments solides.

» La pièce était comme incrustée dans deux érosions profondes, produites par les portions de son diamètre qui correspondaient aux côtés du conduit. L'aspect blafard de ces solutions de continuité indiquait assez qu'elles étaient le résultat d'un travail inflammatoire déjà ancien, et que l'écu occupait depuis longtemps la place dans laquelle nous le trouvions.

» L'érosion du côté gauche présentait à son centre un point noir de la grandeur d'un pois, une sorte de caillot ou d'escarre molle et peu résistante. Un stylet mousse, porté sur cette partie, pénétra sans difficulté jusque dans le canal de l'aorte, qui, mise à découvert, présenta une ouverture arrondie de deux lignes environ de diamètre.

» Les recherches furent continuées sur les autres parties du corps, et ne firent rien découvrir de remarquable. Les intestins contenaient, dans plusieurs parties, un sang noir et liquide, mais on n'y trouva aucun corps étranger. » (Martin, *Journal universel*, t. IV.)

Wagret et Saucerotte ont rapporté des faits semblables. Dumoustier a vu la carotide ainsi percée par un fragment d'os. M. Bernest a observé une perforation analogue de l'artère pulmonaire. M. Kirby a rencontré la même lésion sur l'artère sous-clavière droite, qui, par une anomalie malheureuse, comme dit M. Velpeau, passait de gauche à droite de la crosse de l'aorte, d'où elle naissait, pour se diriger vers l'épaule droite, entre la colonne vertébrale et l'œsophage. (Dublin, *Hospital reports*, t. II, p. 224.)

La trachée-artère n'échappe pas toujours à cet accident; elle se perfore, et alors une partie des aliments et des boissons passe dans ce conduit, et peut être rendue par l'expectoration.

Un accident beaucoup plus rare, c'est la dilatation sacciforme de l'œsophage. Dans ce cas, la partie postérieure du pharynx, excessivement dilatée, présente une espèce de poche qui descend entre la colonne vertébrale et l'œsophage, jusque dans la poitrine. Ce conduit est alors aminci dans tous les points où il est en contact avec la poche, et l'ouverture par laquelle il communique avec le pharynx est rétrécie. Le docteur Ludlow, qui a publié le premier fait de ce genre (*Observations and inquiries*, t. III), expose ainsi le mécanisme de la lésion : Le corps étranger, dans ce cas, après s'être arrêté quelque temps dans les replis du pharynx, et continuellement poussé par le bol alimentaire dans la déglutition, finit par se creuser une cavité en rapport avec son volume. Qu'il soit rejeté ou non par le vomissement, cette poche se remplit sans cesse d'aliments, et s'agrandit de plus en plus sous l'influence de cette distension répétée.

L'abcès déterminé par le corps étranger qui a perforé l'œsophage a quelquefois amené la carie des vertèbres.

Enfin, M. Velpeau décrit ainsi les accidents occasionnés par les sangsues engagées dans le conduit pharyngo-œsophagien.

« Des sangsues, avons-nous dit, peuvent parvenir jusque dans l'œsophage, lorsque, tourmentés par la soif, des voyageurs ont bu de l'eau marécageuse dans laquelle ces vers se trouvaient; quelquefois c'est lorsqu'on a voulu faire une saignée locale dans la bouche, que la sangsue s'est échappée des mains de l'opérateur. Cet accident était connu d'Hippocrate, car il conseille, en parlant des gens qui crachent le sang, de faire l'examen de la

bouche, pour s'assurer s'il n'y a pas quelque sangsue dans cette cavité. Galien a vu plusieurs fois des accidents produits par la même cause, qui a été aussi mentionnée par Celse, Asclépiade, Pline et Dioscoride. Lorsque les Français se rendirent maîtres de Port-Mahon, en 1757, un grand nombre de malades éprouvèrent les accidents produits par la présence de sangsues dans les voies digestives. Dans sa relation de la campagne d'Egypte, M. Larrey dit que nos soldats se jetaient à plat ventre sur les bords des petits lacs d'eau douce, mais bourbeuse, qu'on rencontre de distance en distance dans les déserts de la Libye. Ils buvaient avec avidité, en introduisant souvent ainsi des sangsues avec les boissons. MM. Double, Grandchamp et Duval ont lu aussi à la Société de médecine plusieurs observations très curieuses de cette espèce.

» Les accidents produits par les sangsues diffèrent un peu de ceux qui sont produits par les autres corps étrangers. Outre la douleur, il existe une sensation de succion particulière et une difficulté plus ou moins grande pour avaler ; quelquefois le hoquet, le délire, les convulsions ont été observés à la suite de cet accident. Il y a toujours aussi des vomissements sanguinolents, de la toux avec expectoration de crachats glaireux mêlés de stries de sang. Les accidents augmentent au bout d'un certain temps, les malades perdent le sommeil, maigrissent à vue d'œil et peuvent périr dans le marasme. » (Velpeau, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXI, p. 375.)

Le *diagnostic* des corps étrangers dans l'œsophage est, en général, très simple, et il réside tout entier dans l'observation attentive des symptômes et dans leur rigoureuse appréciation. Il est inutile d'y insister davantage.

Le *pronostic* est tellement lié aux conditions physiques du corps étranger, qu'il faudrait parcourir la série infinie de ces corps pour donner une idée de la portée des accidents qu'ils entraînent. C'est une tâche impossible à laquelle il ne faut pas songer. En exposant les accidents ou les complications diverses de ces corps étrangers, nous avons d'ailleurs donné les éléments du pronostic, qui n'est pas, comme on a pu le voir, susceptible d'une formule générale.

Traitement des corps étrangers de l'œsophage. — Il faut commencer par prendre connaissance de la forme, du volume, de la position, de la fixité du corps étranger. Le malade, assis devant une fenêtre bien éclairée, renverse fortement la tête en arrière contre la poitrine d'un aide qui la maintient. Sa bouche est largement ouverte, la langue fortement abaissée par le doigt du chirurgien ou par le manche d'une cuiller. Si le corps étranger peut être aperçu ou senti, il sera facile de porter jusqu'à lui les pinces à branches longues et recourbées sur leurs bords pour le saisir et l'extraire. L'indicateur de la main gauche resté dans la bouche sert de guide à l'instrument. Cet instrument s'introduit fermé jusqu'à ce que son extrémité touche au corps étranger : alors seulement il est facile de placer ce corps entre les mors de la pince, et de l'extraire sans saisir en même temps les parties voisines.

Lorsque le corps étranger échappe, par sa profondeur, à l'œil et au doigt, il faut recourir à un véritable cathétérisme. Dupuytren se servit, pour cette exploration, d'une tige d'argent flexible, quoique assez résistante.

L'extraction des corps étrangers est presque toujours préférable à leur précipitation dans l'estomac. Cette dernière manœuvre doit même être entièrement proscrite, lorsque le corps est irrégulier, à bords tranchants, ou d'un volume considérable, et de nature à résister au travail de la digestion, ou bien encore doué de propriétés chimiques dangereuses, ou de propriétés toxiques.

En s'arrêtant dans l'une des sections sous-jacentes du tube digestif, ces corps étrangers pourraient occasionner des accidents beaucoup plus graves que ceux qui résultent de leur présence dans l'œsophage. Les gros fragments d'os, les plumes, les instruments métalliques, tels que des cuillers, des fourchettes, des couteaux, etc., tous les corps étrangers de cette nature doivent absolument être retirés par la bouche. Si cette extraction est impossible, il faut plutôt, quand le cas le permet, recourir à l'œsophagotomie, que de les enfoncer dans l'estomac.

Lorsque le corps étranger échappe par sa profondeur à l'action des doigts et des pinces, on peut employer une tige de métal solide et courbée à son extrémité en forme de croissant, ou un fil métallique flexible, et dont les deux extrémités seraient tordues l'une sur l'autre. On s'est servi quelquefois d'algalies ordinaires, dans les yeux desquelles étaient engagés quelques brins de filasse. J.-L. Petit avait conseillé une tige de baleine ou d'argent au bout de laquelle seraient fixés de petits anneaux métalliques passés les uns dans les autres en manière de chaîne. C'est dans ce cas que les anciens avaient songé à un moyen assez ingénieux qui consiste à faire avaler au malade un morceau d'éponge trempé dans l'huile et retenu par des brins de fil. Fabrice de Hilden a eu l'idée de perfectionner ce procédé en fixant l'éponge à l'extrémité d'une tige de baleine, persuadé que l'instrument serait plus facile à manœuvrer.

Enfin, J.-L. Petit a rendu ce moyen aussi sûr que possible en enfermant la tige de baleine dans une sorte de gaîne flexible, faite avec un fil d'argent contourné en spirale aplatie, et en y arrêtant l'éponge avec un fil de métal plus mince.

Dans les cas où le corps étranger résiste aux moyens précédents, et si sa présence dans l'estomac ne fait redouter aucun accident sérieux, il est convenable de faciliter sa chute dans ce viscère ou de l'y pousser. Il a quelquefois suffi, pour l'y faire tomber, de donner de légers coups de plat de la main dans le dos du malade, ou de l'exciter à rire. Si les liquides peuvent passer, on fait avaler une grande quantité d'eau à la fois, ou des aliments pulpeux d'une déglutition facile, tels que du pain bien mâché, de la bouillie, des purées, des figues fraîches, des figues sèches, mais retournées sur elles-mêmes, ou des prunes dépouillées de leur peau. Mais si l'on échoue, il faut pousser le corps étranger dans l'estomac. Autrefois on employait, à cet usage, une tige métallique flexible qui portait à son extrémité un renflement olivaire. Ambroise Paré conseillait de se servir d'un poireau dont la tige flexible lui permet de s'accommoder à la courbure du canal qu'il doit traverser. Fabrice d'Aquapendente préférait les grosses bougies flexibles connues sous le nom de *rats de cave*, et qu'on avait soin auparavant de ramollir légèrement à la chaleur; puis on les trempait dans l'huile. Mais le double anneau crochu de Græfe est l'instrument qu'il faut préférer ici.

« J'ai retiré avec cet instrument, dit M. Velpeau, une pièce de cinq francs, et Blandin une pièce d'un franc, et l'on pourra retirer ainsi une pièce de monnaie quelconque. » (*Dictionnaire de méd.* en 30 vol., t. XXI, p. 379.)

Si le corps étranger était volumineux et qu'il interceptât la respiration en comprimant fortement le larynx et la trachée-artère, il serait urgent de recourir à la bronchotomie, après laquelle on se servirait des moyens propres à retirer ou à enfoncer le corps étranger, comme Sanson et M. Velpeau l'ont vu sur un étudiant en médecine, chez qui un fragment d'os arrêté dans l'œsophage nécessita cette opération.

Enfin, on aura recours à l'œsophagotomie lorsqu'il sera impossible d'extraire le corps étranger à l'aide de pinces ou de crochets, lorsqu'on ne pourra enfoncer ce corps dans l'estomac, ou qu'on ne pourrait essayer de le faire ou de l'abandonner dans sa situation, sans donner lieu immédiatement ou consécutivement à des accidents très graves. On acquiert la connaissance exacte de ces diverses circonstances, et par les détails que fournissent le malade ou les personnes qui l'entourent, par le cathétérisme de l'œsophage, et par l'examen attentif du cou dont l'extérieur laisse quelquefois apercevoir la saillie que le corps étranger peut faire en soulevant médiatement la peau. Guattani et tous les chirurgiens modernes donnent le conseil de pratiquer l'opération à la partie inférieure et latérale gauche du cou, parce que l'œsophage déborde de ce côté la trachée-artère. Il ne faudrait s'écarter de ce précepte que dans le cas où le corps étranger ferait saillie au cou et soulèverait la peau de cette région; il faudrait alors, comme on le conseille généralement, inciser sur ce corps les parties qui le recouvrent, afin de le dégager directement et de l'extraire. C'est, du reste, l'opinion qui est émise par M. Bégin dans son intéressant *Mémoire sur l'œsophagotomie* (*Journal hebdomadaire*

de médecine, Paris, 1833, t. XI, p. 94), et c'est ce qui a été pratiqué avec succès par Goursault et par Rolland, chacun dans un cas dont ils communiquèrent les détails à l'Académie de chirurgie. L'on a vu aussi plusieurs fois des aiguilles, des épingles, des arêtes de poisson, des fragments d'os très aigus percer les parois de l'œsophage et se placer sous la peau, qu'il a suffi d'inciser pour les extraire.

L'œsophagotomie, ainsi que l'ont fait remarquer Guattani et Vacca, convient alors même que le corps étranger n'est pas arrêté précisément à l'endroit où l'on pratique l'incision. Est-il placé au-dessus ou au-dessous du point incisé, on peut sans beaucoup de difficultés diriger sur lui le doigt ou quelque instrument propre à le saisir.

« Le malade étant couché sur le dos, la tête et les épaules soutenues sur des oreillers garnis d'un drap plié en plusieurs doubles, le chirurgien pratique, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, depuis le milieu de la hauteur du larynx jusqu'au niveau du quatrième anneau de la trachée-artère, une incision légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, dans laquelle il intéressse la peau, le muscle peaucier, quelques filets de nerfs du plexus cervical superficiel; plus profondément il coupe d'autres filets nerveux provenant de l'anastomose du grand hypoglosse avec les filets des premières paires cervicales. A mesure qu'il divise les parties, il fait écarter les bords de la plaie, incline le tranchant du bistouri en dedans; il laisse en dehors l'artère carotide, la veine jugulaire interne, le tronc du nerf pneumo-gastrique, et en dedans le muscle sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien, la trachée-artère, le nerf récurrent et l'œsophage. Dans le fond de l'incision, et vers la partie inférieure, on trouve l'artère thyroïdienne inférieure, qu'il faut éviter de blesser, et plus superficiellement le muscle scapulo-hyoïdien qu'on peut couper en travers sans inconvénient : on découvre alors l'œsophage que l'on reconnaît facilement à la couleur rouge de ses fibres et à leur direction longitudinale, et que l'on doit quelquefois pouvoir inciser sur la saillie formée par le corps étranger, précepte bon à rappeler sans revenir sur ce que j'ai dit ailleurs de cette opération.

» J'ajouterai qu'on peut aussi, comme l'a proposé M. Roux, inciser le canal à l'aide d'une sonde à dard, mais il faut d'abord l'avoir mis à découvert par l'incision que nous venons de décrire. Enfin, on peut encore, pour en faciliter l'incision, le distendre de droite à gauche, avec une pince œsophagienne dont on laisse les mors s'écarter en retirant à soi la canule qui est destinée à les rapprocher, ou bien en se servant de l'instrument de Vacca Berlinghieri, qui agit de la même manière, mais seulement du côté où l'on veut rendre l'œsophage saillant.

» Le canal étant incisé, on extrait le corps étranger à l'aide des doigts ou des pinces; il faut ensuite rapprocher les bords de la plaie, et employer les sangsues, les bains, les fomentations, pour prévenir et combattre l'inflammation. Il serait fort avantageux de pouvoir éviter d'introduire une sonde dans l'œsophage, pour conduire la boisson au delà de la plaie qu'on y a faite » (Voyez Velpeau, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXI, p. 379, 2e édit.)

Pour déterminer le vomissement, MM. Kohler et Knopff ont eu recours à l'injection de l'émétique dans les veines. C'est un moyen qui n'est pas sans danger et qu'il vaudrait mieux remplacer par l'injection stibiée dans le rectum et peut-être par les lavements de tabac, qui ont dans ce cas complétement réussi à M. Blain.

Lorsqu'une sangsue s'est introduite et fixée dans l'œsophage, on l'extrait, si elle n'est pas trop bas; dans le cas contraire, on en provoque la chute et la précipitation dans l'estomac, en faisant avaler de l'eau vinaigrée ou un liquide analogue.

Nous allons terminer cet article par une observation recueillie dans le service de M. Velpeau, par M. Morel-Lavallée, alors son interne, qui a bien voulu nous la communiquer.

Obs. 4. « Le nommé Gobillot (Charles), âgé de vingt ans, tailleur, demeurant rue Neuve-Coquenard, n° 11, garçon, d'un tempérament bilioso-sanguin et bien constitué. Hier, dans la journée, il tenait entre ses dents une pièce de cinq francs, lorsque, pour répondre à une question qu'on lui adressait, il ouvrit la bouche. La pièce d'argent tomba sur la base de la langue et fut portée, par un mouvement in-

volontaire de déglutition, dans le pharynx. Arrêtée d'abord au commencement de l'œsophage, elle pénétra peu à peu dans ce conduit et s'arrêta au niveau de la deuxième côte où le malade la sent aujourd'hui. Le médecin appelé immédiatement lui fit prendre deux grains d'émétique dans deux verres d'eau tiède. Ils produisirent des vomissements qui n'entraînèrent que l'eau chaude que le malade venait de boire (il n'avait pas mangé depuis six heures). Pendant les premières heures la gêne de la respiration fut assez grande : plus tard, lorsque le corps étranger eut franchi la portion cervicale de l'œsophage, le malade n'éprouva plus qu'un léger picotement dans le point où il s'était arrêté.

» Ce matin la respiration n'est pas gênée, la voix est claire, sonore, et n'a pas changé. D'après le malade, la douleur est peu intense; la nuit a été bonne, la salivation est abondante, le malade a un goût métallique dans la bouche.

» M. Velpeau a procédé à l'extraction du corps étranger, d'abord, avec des pinces œsophagiennes; puis, comme elles ne pénétraient pas assez profondément, avec l'instrument de Græfe. Après une première tentative infructueuse, M. Velpeau a senti la pièce d'argent et a pu même dire qu'elle était placée verticalement et appuyée par les bords sur les parties latérales de l'œsophage. Deux fois la pièce de cinq francs, après avoir été amenée dans le pharynx, a basculé et est retombée dans l'œsophage. Mais une dernière fois elle a été entraînée jusqu'à la base de la langue où le doigt l'a maintenue jusqu'à ce que les pinces aient pu la saisir et l'entraîner au dehors. Immédiatement après tous les symptômes ont disparu. Toutes ces tentatives ont provoqué et déterminé des vomissements.

» Le 7, le malade va très bien et demande à sortir. Il n'éprouve plus qu'un léger picotement, lorsque le bol alimentaire franchit la partie de l'œsophage où le corps étranger s'était arrêté. »

ARTICLE II.

Plaies de l'œsophage.

Les plaies de l'œsophage sont rarement simples, mais presque toujours compliquées de la lésion d'un ou de plusieurs organes importants. Elles peuvent porter sur tous les points de ce conduit depuis le pharynx jusqu'à l'estomac. Une condition plus essentielle que leur siége, c'est leur direction ; c'est surtout leur étendue lorsqu'elle atteint en travers sa dernière limite, c'est-à-dire lorsque la section est complète. L'instrument vulnérant qui les produit agit ordinairement de l'extérieur à l'intérieur; mais, dans quelques cas, la plaie procède du dedans de l'œsophage, comme nous le verrons.

« Les plaies longitudinales sont moins fréquentes et moins graves que les plaies transversales. Jusqu'ici elles n'ont été que le résultat de l'œsophagotomie. Guattani, dans ses expériences sur les chiens, a constaté qu'elles n'avaient rien de dangereux, le simple rapprochement des lèvres de la plaie ayant amené une guérison complète du cinquième au huitième jour. » (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. III, p. 351, in-4.)

M. Jobert a conseillé la suture pour la réunion de ces plaies. Mais un vétérinaire habile, M. Félix, ayant pratiqué deux fois l'œsophagotomie chez les animaux, a obtenu un succès beaucoup plus prompt dans le cas où la suture n'avait pas été employée que dans celui où il en avait fait usage : aussi M. Velpeau proscrit-il la suture dans ce cas, et se borne-t-il à prescrire l'extension du cou, et l'application d'un emplâtre agglutinatif sur la plaie extérieure. Jusqu'à une époque assez rapprochée de nous, toutes ces plaies étaient réputées mortelles.

Le diagnostic est toujours rendu facile par la division des parties extérieures.

Pour les plaies transversales incomplètes, la suture paraît indiquée à Benjamin Bell, ainsi qu'à plusieurs autres chirurgiens. Pour la pratiquer, M. Jobert se sert d'aiguilles ordinaires et de fils arrondis et cirés. Après avoir renversé les parois du conduit de dehors en dedans, de manière à mettre en contact la membrane cellulaire qui doit fournir la membrane adventive avec celle qui est destinée à servir à la cicatrisation, on les traverse complétement ou incomplétement avec l'aiguille. Les points de suture doivent être assez rapprochés pour ne laisser aucun hiatus dans

la plaie ; sans cette dernière précaution, les liquides passeraient par la solution de continuité. La constriction des fils doit être portée au point de couper à l'instant toutes les parties à l'exception de la membrane celluleuse qui résiste toujours. Si les fils n'étaient pas serrés à ce degré, la chute s'en ferait longtemps attendre, et il pourrait quelquefois arriver que chaque partie fût coupée lentement, sans qu'il se fît de cicatrisation. (*Traité de chirurgie plastique*, Paris, 1849, t. I.)

« Quant aux plaies qui divisent complétement l'œsophage, elles ont été de tout temps considérées comme essentiellement mortelles, et les expériences de M. Jobert n'ont fait que confirmer cette opinion chez le chien sur lequel il avait ainsi divisé l'œsophage. M. Jobert a trouvé les bouts de l'œsophage recouverts d'une membrane organisée sur la partie postérieure de la trachée-artère, et sur la face antérieure des muscles de la colonne vertébrale ; il trouva une autre membrane lisse qui formait une poche dans laquelle les liquides étaient versés ; elle empêchait l'infiltration dans le tissu cellulaire et les parties environnantes. Nous nous demanderons avec Mondière (*Arch. de méd.*, t. II, p. 520), si cette pièce pathologique ne serait pas de nature à faire espérer un résultat plus satisfaisant encore. Ne pourrait-on pas introduire dans l'œsophage une sonde, au moyen de laquelle on nourrirait le malade? et peut-être en même temps que la plaie extérieure et celle de la trachée se cicatriseraient, se formerait-il autour de la sonde une organisation du tissu cellulaire analogue à celle observée par M. Jobert?

» Mais quand même ce résultat ne pourrait être obtenu, il ne faudrait pas, pour cela, vouer à la mort les personnes chez lesquelles l'œsophage serait complétement coupé en travers. Il faudrait chercher à les nourrir à l'aide d'une sonde que l'on introduirait dans la portion inférieure de l'œsophage. » (Velpeau, *loc. cit.*, p. 384.)

Les plaies par instrument piquant peuvent occuper la région cervicale ou la région thoracique du conduit œsophagien. M. Jurine, de Genève, a vu une piqûre de la partie supérieure de l'œsophage produite par un coup de canif qu'un aliéné s'était enfoncé dans le larynx, lequel, portant cet instrument dans toutes les directions, avait fait à l'œsophage une ouverture d'environ six lignes de long sur quatre de large. En un mois, la guérison était complète.

Les plaies de la portion thoracique de l'œsophage sont beaucoup plus graves. Sur cinq cas cités par Mondière, quatre ont été funestes. Le seul de ces cinq malades qui ait échappé a guéri par les efforts de la nature, secondée par la privation d'aliments et de boissons, sans que l'on eût recours à l'introduction de la sonde.

Lorsque les boissons ressortent par la plaie extérieure, il n'y a pas de doute possible sur l'ouverture de l'œsophage ; mais cet écoulement est loin d'être constant. Suivant Mondière, on devra, malgré l'absence de ce symptôme, soupçonner cette complication dans une plaie de poitrine, toutes les fois qu'il y aura une soif violente, et surtout un hoquet continuel. Ce qui donne de la valeur à ce dernier symptôme, c'est qu'il a été noté par M. Étienne, par Jacobus Bontius et par Heister.

Lorsque, dans une plaie de poitrine, l'ouverture de l'œsophage sera reconnue ou soupçonnée, on aura recours à l'emploi de la sonde pour faire parvenir les substances alimentaires dans l'estomac. Il est, en effet, difficile d'admettre, dit M. Velpeau, que les blessés déjà affaiblis par les saignées que nécessitent presque toujours les plaies de poitrine, ou en proie à une fièvre souvent intense, puissent, pendant tout le temps qu'exige la cicatrisation complète de la plaie, supporter la faim et la soif. D'ailleurs le séjour de la sonde pendant des mois entiers n'a eu aucun inconvénient dans un certain nombre de cas.

Les plaies de l'œsophage qui se font de dedans en dehors sont assez rares pour que nous en empruntions l'exemple le plus curieux qu'il existe au *Journal universel*.

Obs. *Plaie contuse au pilier droit du voile du palais et à la paroi postérieure de l'œsophage ; guérison au bout d'un mois.*

« Le 21 juillet 1819, à quatre heures du soir, je fus appelé auprès de M. Massiet, officier au 1er régiment de cuirassiers, âgé de vingt-trois ans, ayant la face pleine et

très colorée, le col court, la poitrine largement développée, les muscles très prononcés et d'une force prodigieuse, un embonpoint correspondant à sa haute stature, et le système sanguin plein d'énergie.

» Je le trouvai faisant de violents efforts pour vomir un corps étranger qu'il disait avoir dans la gorge, et rendant seulement, par ce moyen, quelques mucosités filantes teintes de sang. La face était convulsive, couverte d'une sueur froide, et les yeux hagards.

» Je m'informai de l'accident qui pouvait avoir occasionné des symptômes si graves, et j'appris qu'en faisant des armes avec un autre officier, M. Massiet s'était fendu sur son adversaire, et qu'avant de pouvoir se relever il avait reçu un coup de fleuret, dont le bouton, habituellement recouvert d'un morceau de peau, se trouvait alors à nu. L'arme pénétra dans la bouche, fit au pilier droit du voile du palais une blessure transversale d'environ deux lignes d'étendue, s'engagea dans l'ouverture du pharynx, vint frapper, avec une force prodigieuse qui renversa le malade, contre la paroi postérieure de l'œsophage, s'arrêta sur le corps de la quatrième ou cinquième vertèbre cervicale, et, sans doute après avoir glissé, déchira les tuniques de l'œsophage.

» La blessure de cet organe semblait exister vers la dernière vertèbre cervicale, du moins le malade rapportait à la partie inférieure du cou la douleur la plus vive et le corps étranger dont il se plaignait. Ce corps étranger n'était probablement qu'une portion du conduit œsophagien, qui flottait dans la cavité de ce canal, après avoir été détachée du reste de l'organe par les angles du bouton.

» Instruit de la cause des symptômes que me présentait le malade, je le fis porter dans sa chambre, mettre au lit, et je lui tirai sur-le-champ du bras droit environ deux livres de sang. Cette quantité ne me parut pas trop considérable, vu la constitution vraiment athlétique du blessé, et l'intensité des accidents. J'ordonnai un bain de pied sinapisé, quelques cuillerées d'eau et de sirop de guimauve pour rafraîchir la bouche, un cataplasme émollient sur le cou et un repos absolu. J'engageai le malade à ne plus faire d'efforts pour expulser le corps qu'il ressentait dans la gorge.

» Deux heures après, de retour près de lui, je trouvai que les accidents avaient beaucoup augmenté, et je craignis que le malade ne suffoquât pendant la nuit. Les yeux étaient enflammés, la face d'un rouge violet, gonflée, luisante, le cou très tuméfié, extraordinairement sensible; le plus léger mouvement, le toucher même, arrachaient des gémissements plaintifs; la poitrine était rouge et enflée; le malade ne pouvait agiter ses bras qui étaient extraordinairement pesants, disait-il, et qu'à peine il sentait; le pouls était plein et dur. Je me déterminai à lui appliquer soixante sangsues au col, et après leur chute, je fis mettre longtemps les pieds dans l'eau; le malade se trouva soulagé.

» La nuit fut terrible, il craignait à chaque instant de suffoquer; je le fis mettre sur son séant, il se trouvait bien dans cette position; les fenêtres de son appartement furent continuellement ouvertes, l'air lui était favorable.

» Le lendemain matin, second jour de l'accident, je le trouvai à peu près dans le même état que la veille, mais les accidents n'avaient point augmenté. Je consultai avec le docteur de Saint-Amand, médecin très instruit, qui le trouva dans un état désespérant. Tout annonçait une violente congestion vers le siége du mal; le pouls était dans le même état que la veille, c'est-à-dire dur et plein. Il fut arrêté qu'on appliquerait de nouveau des sangsues derrière les oreilles, au nombre de douze de chaque côté; elles déterminèrent une émission considérable de sang. Les pédiluves sinapisés furent continués; la boisson fut la même, mais il en passait à peine une goutte, tant la déglutition était pénible et douloureuse. Le cataplasme sur le cou fut supprimé, parce que son poids incommodait beaucoup le malade. La journée fut moins orageuse que la matinée ne le présageait; j'attribue le calme qui s'établit à la troisième émission sanguine. Le soir les accidents augmentèrent un peu; le pouls se développa ainsi que la chaleur; il y eut un peu de délire, et des rêves sitôt que le malade commençait à sommeiller.

» Le matin du troisième jour, le mieux était sensible; les douleurs du cou étaient

toujours très fortes, et les mouvements impossibles, mais le blessé ne pouvait porter ses mains vers sa bouche. La figure était moins foncée en couleur et moins luisante. La déglutition était aussi pénible, et les efforts d'expuition étaient les mêmes, mais il parlait avec plus de facilité. Pendant le reste de la journée, et la nuit suivante, le mieux alla en augmentant.

» Le quatrième jour, au soir, le malade ayant voulu reposer, à peine ses yeux furent-ils fermés qu'il délira. La face devint d'un rouge brun et il eût infailliblement suffoqué, si les assistants ne l'eussent réveillé et fait asseoir sur son lit; j'arrivai dans le moment où l'accès finissait; je lui fis mettre les pieds dans l'eau, il s'en trouva fort bien, et ne se rappelait nullement de ce qui lui était arrivé. J'attribuai cet accident à la chaleur de l'atmosphère, et fis placer entre les deux fenêtres, le lit qui était dans une alcôve; le malade en ressentit un bien manifeste.

» La nuit du quatrième jour au cinquième fut très calme. La petite plaie du pilier du voile du palais commençait à suppurer; on voyait un peu de pus dans les crachats; l'haleine du malade semblait annoncer, par son odeur, que la plaie de l'œsophage suppurait aussi. Les boissons passaient avec plus de facilité.

» En peu de jours le malade put prendre un peu de bouillon; le mieux fit des progrès rapides, et au bout de quinze jours M. Massiet partit pour la campagne, n'éprouvant plus qu'un peu de gêne lorsque les aliments parcouraient l'œsophage. Au bout d'un mois il était complétement rétabli, et ne ressentait plus aucune douleur, si ce n'est lorsqu'il buvait quelque liqueur forte.» (*Journal universel*, t. XVII, p. 338.)

Wilmer rapporte (*Cases and observations in surgery*, London, 1779, p. 86) un fait à peu près semblable, mais dont l'issue fut malheureuse.

Le danger qui accompagne les plaies contuses résulte du gonflement inflammatoire qui en est la conséquence. Ce gonflement empêche la déglutition et gêne la respiration. Ces plaies offrent encore un autre danger qui n'est pas moins redoutable, c'est le développement d'un abcès qui produit de graves désordres avant de se manifester à l'extérieur. Il est donc d'une importance extrême de prévenir cette complication fâcheuse en combattant par des antiphlogistiques énergiques et répétés l'inflammation qui peut lui donner naissance.

ARTICLE III.

Inflammation de l'œsophage (œsophagite.)

L'inflammation de l'œsophage est généralement connue sous le nom d'*œsophagite;* elle a été décrite sous les noms de *dysphagie*, d'*angine*, d'*angine œsophagienne*, d'*œsophagitis*. Elle est plus commune chez l'enfant que chez l'adulte, et cependant elle se rencontre encore assez fréquemment chez ce dernier.

§ I. Œsophagite aiguë.

Comme toutes les inflammations, elle peut affecter une marche aiguë ou chronique, se borner à la membrane muqueuse ou envahir les tissus sous-jacents; quelquefois elle est exclusivement limitée aux follicules mucipares; dans certaines circonstances elle revêt les caractères de l'inflammation diphthéritique. Toutes ces particularités constituent autant de formes de la maladie, qui toutes présentent des caractères généraux que nous allons exposer.

Causes. — Le jeune âge et l'adolescence peuvent être signalés comme causes prédisposantes; on en peut dire autant de l'abus de certains médicaments, tels que le mercure, l'opium, l'iode. « Mais les causes les plus ordinaires, dit Mondière, sont: La déglutition de substances âcres et corrosives, des acides concentrés, d'une eau bouillante ou très froide quand le corps est couvert de sueur; le passage des corps étrangers, soit qu'ils agissent en raison de leur volume, ou bien en raison de leur forme. D'autres fois elle est le résultat des tentatives que l'on répète sans ménagement, soit pour extraire, soit pour faire descendre dans l'estomac ces mêmes corps étrangers. A ce sujet, il ne sera pas hors de propos de faire remarquer que les individus qui ont conservé pendant un certain temps un corps étranger dans l'œsophage y éprouvent encore de la gêne et de la douleur, et conservent même la sensation de ce corps, bien qu'il soit déjà descendu dans l'estomac. D'autres fois l'œsophagite survient sans cause connue ou se montre dans

le cours d'autres maladies : elle peut être le résultat de l'extension d'une phlegmasie du pharynx ou de l'estomac, ou la complication d'une angine épidémique. On l'a vue se manifester à la suite de la rétrocession de phlegmasies cutanées, ou se développer concurremment à des douleurs rhumatismales. Le spasme prolongé de l'œsophage peut contribuer à la produire. (Mondière, *Archives de méd.*, t. XXIV, 1830.)

Symptômes.— Parmi les symptômes les plus constants, celui qui se manifeste en premier lieu est la douleur, que précèdent souvent de la chaleur et de la sécheresse dans un point déterminé du conduit œsophagien. Cette douleur, d'abord légère, devient plus vive ; le passage des aliments et des boissons, les mouvements de déglutition et même la simple articulation des sons peuvent l'exaspérer à un haut degré ; elle est tantôt fixe et tantôt mobile. Souvent le malade évite de satisfaire la soif qui le tourmente, tant est douloureuse la sensation de brûlure et de déchirement que produit le simple contact des liquides.

Quel que soit le siége de l'inflammation, dès le début de l'affection, les malades rapportent la douleur tantôt à la partie inférieure du pharynx, tantôt au larynx, à l'épigastre ou à l'intervalle qui sépare les deux épaules. M. Roche a vu la pression exercée immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, et dans ce point seulement, déterminer la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge, et celle d'une douleur sourde étendue comme une corde de l'un de ces points à l'autre.

Le hoquet a depuis longtemps été considéré comme symptôme de l'œsophagite. Ainsi Van Swieten, Hoffmann, etc., le rattachent à la présence dans l'œsophage d'aphthes qui ne sont point encore apparents dans l'arrière-bouche. Mondière, qui l'a observé dans deux cas de plaie de l'œsophage par instrument piquant, le regarde sinon comme un symptôme constant, au moins comme un symptôme assez commun de cette maladie.

Le spasme de l'œsophage existe assez fréquemment ; quelquefois il est continu, mais plus ordinairement il ne survient qu'à l'occasion des efforts de déglutition ou du contact des liquides avec la partie phlogosée.

L'expuition plus ou moins difficile, plus ou moins abondante de matières glaireuses est un phénomène constant, surtout lorsque l'inflammation a envahi, en même temps que la muqueuse, les cryptes qu'elle recouvre. Assez souvent à cette expuition se joignent des vomissements glaireux continuels. L'autopsie a démontré que dans beaucoup de cas ils ne peuvent être rapportés à un état pathologique quelconque de l'estomac ; ils doivent donc être considérés comme sympathiques, contrairement à cette opinion du docteur Bouvenot : que jamais les affections de l'œsophage ne déterminent de vomissements sympathiques.

Constamment il existe une soif plus ou moins vive ; quelquefois les parties latérales du cou sont tuméfiées ; la pression exercée sur ces parties, dans la direction de l'œsophage, fait naître ou augmente la douleur, souvent même détermine la toux, qui peut aussi exister à part cette compression.

Quand l'inflammation détermine un gonflement considérable dans un point quelconque du conduit, les aliments, qui passaient d'abord avec difficulté, ne peuvent plus franchir ce point, et sont rejetés après quelques instants de séjour. Souvent leur présence détermine une vive douleur, et provoque des vomissements de matières filantes, quelquefois mêlées de stries de sang.

Les symptômes généraux manquent ordinairement ; cependant on observe quelquefois de la chaleur à la peau et de la fréquence du pouls.

Diagnostic. — L'œsophagite se reconnaîtra aisément à l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer ; mais il est un point de diagnostic qu'il nous reste à éclairer : c'est celui qui a pour objet de distinguer les différentes formes que peut revêtir la maladie.

L'œsophagite *folliculeuse*, qui, comme on le sait, consiste dans la seule inflammation des follicules muqueux de la membrane interne de l'œsophage, s'accompagne ordinairement de symptômes très obscurs et très peu prononcés. Les plus constants sont un sentiment de gêne et de chaleur dans le trajet de l'œsophage, de la difficulté dans la déglutition ; dans tous les cas on observe, comme l'ont fait re-

marquer Wagler et Billard, un vomissement fréquent et une expuition continue de glaires et de mucosités épaisses et filantes.

L'œsophagite *pseudo-membraneuse* n'est le plus souvent que le résultat de l'extension d'une inflammation diphthéritique du pharynx. Dans ces sortes de circonstances, l'examen de l'arrière-bouche permet de supposer la nature de l'inflammation de l'œsophage; mais il est des cas où l'inflammation diphthéritique débute par l'œsophage et reste bornée à cette partie. Il est impossible de leur assigner aucun symptôme qui permette, sinon de les caractériser, du moins de faire présumer leur existence : c'est ainsi que l'expérience n'a point démontré que la gêne de la déglutition fût plus grande, ou les vomissements plus fréquents, comme on serait porté à le supposer.

Terminaison. — De toutes les terminaisons de l'œsophagite, la plus favorable, et aussi la plus fréquente, est la terminaison par résolution. Mondière cite comme exemple l'observation suivante :

Obs. 1. *OEsophagite; traitement par la méthode antiphlogistique; terminaison par résolution.*

« Un homme de cinquante-six ans, d'une forte constitution, est réveillé en sursaut, durant une nuit d'été, par une violente douleur fixée derrière le sternum, dans la direction de la ligne médiane de la poitrine; elle se calme bientôt et le malade se rendort. Mais au réveil elle reprend avec plus d'intensité; il s'y joint de la fièvre, de la chaleur à la gorge; la déglutition est impossible, les boissons comme les aliments produisent par leur contact les douleurs les plus vives.

» Ces symptômes persistaient depuis huit jours, sans avoir été combattus par aucun traitement, lors de l'entrée du malade à la Charité. Voici quel était alors son état : Peau chaude, halitueuse; pouls assez large, développé en apparence, mais mou; face rouge, animée, exprimant l'inquiétude et la douleur; langue humide, rouge sur ses bords et vers la pointe, chargée à la base d'un enduit gris jaunâtre; sensation de chaleur et d'irritation dans l'arrière-bouche, où l'on n'aperçoit pourtant ni rougeur, ni tuméfaction; douleur des plus vives occupant la ligne médiane du cou et de la poitrine, dans la direction du l'œsophage, et qui paraît s'arrêter au cardia. Elle est accompagnée d'une sorte de spasme général et d'un état d'anxiété qui augmente d'une manière effrayante toutes les fois que le malade essaie d'avaler une gorgée de liquide, qui passe néanmoins après une longue suite d'efforts et de souffrances. (*Seize sangsues sur les parties latérales et inférieures du cou, tisane adoucissante, deux pédiluves sinapisés.*)

» Le lendemain, 23 juillet 1819, faible diminution de la douleur; depuis deux jours constipation. (*Saignée du bras de quatre palettes, douze sangsues au cou, limonade, lavement purgatif, deux sinapismes.*)

» Le 24, soulagement marqué, le pouls est plus dur que le jour précédent. (*Douze sangsues au cou.*)

Même état le 25. (*Saignée du pied, lavement purgatif.*)

» Le 26, déglutition toujours pénible, mais s'exécutant sans douleur. (*Seize sangsues de chaque côté du thorax, pédiluves sinapisés, trois bouillons.*)

» Le 27 juillet, treizième jour de la maladie, cessation de la dysphagie; peu de jours après, guérison complète et sortie du malade.

» Cette observation, dit l'auteur, est pleine d'intérêt. Nous en ferons ressortir quelques circonstances importantes. 1° Cette sensation de chaleur et d'irritation dans l'arrière-bouche, où l'on n'aperçoit cependant ni rougeur ni tuméfaction. 2° Le spasme général et cette anxiété augmentant d'une manière effrayante par la déglutition des liquides. Nous n'hésitons pas à croire que, si le malade eût été d'une constitution nerveuse, on aurait alors vu apparaître chez lui toute cette série de symptômes donnés comme caractéristiques de l'hydrophobie spontanée. 3° Enfin, les bons effets de la méthode antiphlogistique, qu'il a fallu employer avec énergie et persévérance, tant à cause de la violence de l'inflammation que du temps qui s'était écoulé depuis son invasion. » (Mondière, *Archives de médecine*, t. XXIV, 1830.)

Un autre mode de terminaison est la terminaison par *suppuration;* il n'est pas très rare, et, comme avec juste raison le

fait remarquer Mondière, il nous apparaîtrait plus fréquemment, si, l'abcès venant à s'ouvrir, le pus n'était avalé ou rejeté par le malade sans qu'il s'en aperçoive. Quoi qu'il en soit, la terminaison par suppuration se montre principalement lorsque l'inflammation est intense, et surtout bornée à une petite étendue de l'œsophage; il peut se former des abcès dans le tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse à la membrane musculeuse.

La terminaison par *ulcération* n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser; elle peut se montrer à tous les âges et même chez les enfants contenus dans le sein de leur mère. Gordon, Ambroise Paré, Riolan l'ont observée. J. B. Paletta en a vu un cas intéressant, dont nous empruntons la traduction à Mondière.

Obs. 2. *OEsophagite; terminaison par ulcération; mort et autopsie.*

« Une jeune fille de la campagne, âgée de vingt et quelques années, bien réglée, fut prise, dans l'année 1793, d'une vive douleur au gosier, accompagnée de difficulté de respirer et surtout d'avaler. On sentait de la tuméfaction sur les parties latérales du larynx. La malade expectora des matières arrondies et purulentes; les accidents allèrent en augmentant, et elle succomba au bout d'un mois, après avoir fait usage du mercure, de la scille, de la diète lactée, etc.

» A l'autopsie, Paletta trouva à la partie antérieure de l'œsophage un vaste ulcère grisâtre, qui commençait un peu au-dessous du larynx, et qui n'affectait que la membrane muqueuse; la musculeuse était évidemment hypertrophiée; sa paroi postérieure était saine. » (*Exercitationes pathologicæ*, Mediolani, 1820, p. 228.)

Cette terminaison s'annonce par les mêmes symptômes que l'œsophagite simple, avec cette différence que les douleurs pendant la déglutition sont beaucoup plus vives, qu'il y a presque constamment des vomissements de matières glaireuses diversement colorées et même sanguinolentes. On a pu remarquer dans l'observation de Paletta l'expectoration de matières arrondies et purulentes. M. Robouam a vu un malade qui, pendant toute la durée de la maladie, s'est plaint d'une sensation semblable à celle qu'aurait causée l'application d'un fer rouge à la partie supérieure de la région épigastrique.

Les nombreuses observations de terminaison par *gangrène* que possède la science laissent des doutes sur leur véritable nature, et ne doivent être considérées, pour la plupart, que comme des exemples de ramollissement gélatiniforme de l'œsophage. Quoi qu'il en soit, la gangrène n'est pas, dans tous les cas, le résultat d'une vive inflammation, souvent elle paraît être sous la dépendance d'une cause interne qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier. Ce genre de terminaison se reconnaît comme dans la pharyngite, à un état continuel de prostration et d'abattement, à la pâleur générale, et surtout à la petitesse, à la lenteur et à l'intermittence du pouls.

Enfin une dernière terminaison est la terminaison par *l'état chronique;* elle nous conduit naturellement à parler de l'œsophagite chronique.

§ II. Œsophagite chronique.

Cette affection, dans la plupart des cas, est primitive. « Due alors, dit Mondière, à une cause irritante légère, mais souvent renouvelée et même permanente, elle s'établit lentement, d'une manière insidieuse, et ne se traduit à nos sens qu'après avoir opéré dans les tissus un changement organique tel que l'art reste souvent impuissant.

» Ainsi, sous son influence, nous verrons une ou plusieurs tuniques de l'œsophage s'épaissir d'une manière sensible, s'indurer, devenir cartilagineuses et même osseuses, subir la transformation cancéreuse, donner naissance à des excroissances polypiformes, ou bien encore des tumeurs de nature squirrheuse se développer au centre du tissu cellulaire qui unit les membranes qui le composent, sans porter atteinte, au moins dans le commencement, à ces mêmes membranes. Mais de tous ces effets de l'inflammation chronique de ce conduit, le plus fréquent est sans contredit l'hypertrophie de ses tuniques, avec rétrécissement plus ou moins considérable de sa cavité. » (*Archives de médecine*, t. XXV, année 1831, p. 358.)

Comme on voit, l'œsophagite chronique peut se diviser en deux périodes : l'une s'étend depuis le début de la maladie jus-

qu'au moment où commencent à s'opérer les changements organiques que nous venons de signaler ; l'autre comprend l'intervalle pendant lequel s'accomplissent ces mêmes changements. La première est caractérisée par le pyrosis, le hoquet, les douleurs passagères dans le fond de la gorge, l'expuition abondante de mucosités filantes. Les symptômes de la seconde ne sont autre chose que les symptômes des dégénérescences produites par la maladie.

Caractères anatomiques.— Nous venons d'indiquer les lésions anatomiques de l'œsophagite chronique ; celles de l'œsophagite aiguë simple consistent dans l'injection de la membrane muqueuse. Celle-ci est rouge uniformément ou par plaques, elle offre des stries sanguines et des arborisations, d'abondantes mucosités la recouvrent ; indépendamment de cette rougeur, qui varie depuis le rose pâle jusqu'au rouge brun, elle peut présenter tantôt un épaississement, tantôt un ramollissement considérable. Le plus ordinairement l'épithélium est détruit ou enlevé par de larges lambeaux au niveau desquels est étendue une matière jaunâtre.

Les ulcérations, quand elles existent, sont uniques ou multiples ; leur forme et leur position varient. Elles ont ordinairement une petite étendue ; leurs bords sont taillés à pic, épais, rouges et saignants ; leur fond est gris ou jaunâtre ; leur profondeur peut dépasser l'épaisseur de la membrane muqueuse, et même atteindre celle des parois œsophagiennes qui, dans cette circonstance, et au voisinage de l'ulcération, ont contracté des adhérences avec les organes voisins. Chaque ulcération est ordinairement environnée d'une auréole d'un rouge très vif.

L'œsophagite folliculeuse se caractérise anatomiquement par l'état phlegmasique des follicules muqueux : ces derniers sont plus épais, plus volumineux ; une lymphe écumeuse les remplit et s'étend quelquefois sur la face interne de l'œsophage. Cette lymphe peut être remplacée par une matière blanche et pultacée que fait sortir la pression.

Pronostic. — Le pronostic de l'œsophagite est en général favorable ; du reste il subit avec les formes que revêt l'inflammation, avec les degrés d'intensité qu'elle peut affecter, une foule de modifications qu'il est facile d'apprécier.

Traitement. — Lorsque l'œsophagite est légère, la privation d'aliments solides et de boissons stimulantes, l'usage de liquides doux, tièdes et mucilagineux, le silence le plus complet de la part du malade, les cataplasmes émollients autour du cou, les bains de pied sinapisés, les légers dérivatifs sur le tube intestinal, peuvent suffire pour la guérison.

Mais il est des circonstances où l'intensité de l'inflammation dès le début, et quelquefois ses progrès rapides, réclament une médication plus énergique. C'est alors qu'on aura recours à la saignée du bras, que l'on proportionnera pour le nombre et l'abondance au degré de l'inflammation d'une part, aux forces du malade de l'autre. Fréd. Hoffmann, et de nos jours M. Janson de Lyon, ont proposé en outre d'ouvrir la veine sous-linguale.

Mondière accorde plus de confiance aux évacuations sanguines locales ; nous avons mis sous les yeux du lecteur une observation qui témoigne de leur efficacité. Hildenbrand repoussait les ventouses, dans la crainte que l'irritation déterminée par elles ne fût détruite par l'écoulement du sang. La difficulté de les appliquer sur le cou et à sa partie antérieure rend de beaucoup préférable l'emploi des sangsues ; leur application doit être renouvelée tant que l'inflammation persiste ou menace de passer à l'état chronique.

Dans cette dernière circonstance, c'est surtout sur les révulsifs qu'il convient d'insister ; les pédiluves, les sinapismes, les vésicatoires devront tour à tour être employés, et aussitôt que leur insuffisance sera reconnue, il faudra sans hésiter appliquer des cautères, des moxas ou des sétons le plus près possible de l'endroit douloureux. A ce prix seulement, et en continuant ce traitement avec persévérance, on préviendra les altérations profondes et constamment mortelles dont l'œsophagite chronique détermine le développement.

ARTICLE IV.

Rétrécissement de l'œsophage.

Causes des rétrécissements de l'œsophage. — Le rétrécissement de ce conduit

est, en général, la conséquence de l'inflammation de ses parois. C'est ainsi qu'on l'a vu succéder à l'action de l'acide nitrique chez un malade qui, après avoir échappé aux dangers les plus redoutables de l'inflammation, succomba à une disphagie produite par un rétrécissement de l'œsophage. (Bayle et Cayol, *Dict. des sciences méd.*, t. III, p. 615.) On a observé aussi des rétrécissements à la suite du séjour de corps étrangers dans l'œsophage. Chez un jeune homme qui conserva pendant quinze ans un demi-sou dans ce conduit, la partie de l'organe où le corps étranger était retenu fut trouvée dure et considérablement épaissie. (*Journal général. de méd.*, t. XLIV, p. 105.) Leroux a vu un rétrécissement de l'œsophage occasionné par la déglutition d'un liquide très chaud, et par un poireau brûlant qui s'arrêta dans ce canal. (*Cours de médecine pratique*, t. I.) Selon Darwin (*Zoonomie*), le rétrécissement de l'œsophage est souvent causé par la déglutition de certains corps durs et anguleux, lorsque les mâchoires sont dégarnies de dents; à force d'irriter et de déchirer la muqueuse de l'œsophage, ces corps amènent la lésion dont il s'agit.

On a remarqué que l'inflammation fréquente des muqueuses nasale et pharyngienne précédait assez souvent le rétrécissement de l'œsophage, ainsi que Desgranges en a rapporté un exemple (*Journal de Corvisart*, t. II, p. 507). On a cité les vomissements répétés; mais il est probable qu'on aura pris ici l'effet pour la cause. On parle également de suppression d'éruptions cutanées et même de leucorrhée qui auraient été suivies de rétrécissement de l'œsophage (Paletta). L'hérédité ne reste pas toujours étrangère au développement de cette maladie; c'est ainsi que Gaitskell a vu périr d'un rétrécissement de l'œsophage une jeune femme dont la mère et le frère avaient eu le même sort. (London, *Medical repository*, t. X, p. 353.)

Enfin le malade apporte quelquefois en naissant une prédisposition à cette maladie, comme d'ailleurs cela s'observe pour les rétrécissements du rectum. En voici un exemple intéressant consigné dans les *Archives de méd.* par le docteur Cassan :

Obs. 1. *Rétrécissement de l'œsophage; autopsie.*

« M. de T... chevalier de Saint-Louis, âgé de soixante-dix-sept ans, s'expatria au moment de la révolution. Pendant son émigration, il épuisa, s'il faut l'en croire, tous les genres d'industrie pour subsister, et dut à sa sobriété constante de parcourir une longue carrière, et de conserver dans un âge avancé l'intégrité de toutes ses fonctions. A soixante-quatorze ans, il fit encore le voyage de Bordeaux à Paris à pied.

» Dans les dernières années de sa vie, M. de T... ressentit plus vivement les effets de la maladie à laquelle il faut attribuer sa mort, et dont, en naissant, il avait apporté la première origine. En effet, depuis sa naissance, la déglutition des aliments solides plus particulièrement s'était toujours opérée chez lui longuement et avec peine, sans que cette incommodité habituelle apportât aucun trouble dans les fonctions digestives et dans la nutrition.

» A soixante-seize ans, M. de T... s'étant fait placer à la mâchoire supérieure un râtelier d'argent, pour l'application duquel diverses manœuvres imprudentes furent employées, l'arcade dentaire supérieure et la voûte palatine en furent ébranlées; toutes les autres parties de la bouche furent affectées douloureusement, et il en résulta une inflammation qui s'empara successivement de toutes les parties du tube alimentaire. Pendant plusieurs mois le malade fut en proie à des vomissements après le repas; enfin les vomissements se calmèrent et furent remplacés par les symptômes suivants qui prirent plus d'intensité à mesure que la maladie devenait plus ancienne.

» Conservant toujours de l'appétence avec besoin continuel de manger, M. de T..., au moment de son entrée à la maison de santé, dans le service de M. Duméril, avait renoncé, depuis les accidents dont je viens de parler, aux aliments solides. Il s'était condamné à l'usage exclusif des boissons, qu'il variait à l'infini et qu'il rendait plus ou moins nourrissantes; à l'emploi des fécules, des gelées, des conserves, du laitage, du café et du chocolat. La déglutition s'opérait difficilement et

s'accompagnait de l'espèce de bruit que l'on nomme gargouillement. Immédiatement après leur ingestion dans la cavité pharyngienne, les aliments étaient nécessairement ramenés dans la bouche, rejetés sans efforts, et par une régurgitation involontaire, délayés dans une grande quantité de mucus et de salive.

» Il ne pouvait prendre qu'une petite quantité d'aliments liquides, un peu consistants, et abandonnait toujours un mets, quelque léger qu'il fût, et lors même qu'il l'avait le plus ardemment désiré, dès qu'il en avait goûté quelques cuillerées. Il lui arrivait pourtant de boire un verre entier d'eau de Seltz à la fois, mais c'était lorsqu'il n'avait rien pris depuis quelque temps; souvent il faisait de légères frictions sur la face inférieure du cou, comme pour accélérer le passage des aliments et vider la poche qui semblait les contenir, et dont la présence lui était incommode. Le peu de substances alimentaires qui n'étaient pas rejetées dans cette régurgitation non interrompue après chaque repas, paraissaient pénétrer quelque temps après leur ingestion, par une véritable filière.

» On n'apercevait aucune espèce de tumeur en examinant le cou; la respiration était libre. M. de T... n'avait ni nausées ni vomissements, ne rapportait aucune douleur à la gorge, mais accusait une chaleur brûlante dans l'estomac; la langue, habituellement d'un rouge vif, était recouverte d'un enduit membraniforme blanchâtre, qui se détachait facilement.

» Nous devons faire remarquer ici que, dans les derniers temps, le malade faisait un grand abus de liqueurs fortes : aussi pendant les deux mois de séjour qu'il fit à la maison de santé, fut-il trouvé maintes fois dans un état non équivoque d'ivresse. La constipation habituelle fit place, dans les derniers jours, à un dévoiement continuel. Toujours altéré, M. de T... avait besoin de boire souvent, à cause de la grande déperdition de salive qu'il faisait. Faible, sec, épuisé, passant les jours et les nuits dans l'insomnie, il conserva jusqu'à la fin le plein exercice de ses facultés intellectuelles, marquant lui-même avec sang-froid l'heure qui devait être pour lui la dernière.

» Son pouls resta toujours petit et lent.

» Pénétré de l'idée qu'un obstacle au libre passage des aliments existait dans l'œsophage, il priait instamment qu'on introduisît dans ce canal, soit une sonde, soit une tige quelconque, munie d'une éponge pour frayer une voie aux aliments.

» M. Duméril, pensant qu'il y avait obstruction organique à l'orifice cardiaque, ne se rendit pas à ses instances. M. Dubois partagea la même opinion; M. Duméril proposa plusieurs fois au malade de le nourrir avec des lavements de gélatine, mais il s'y refusa opiniâtrément.

» L'eau de Seltz, les boissons gommeuses, les mixtures mucilagineuses simples ou avec le sirop de pavot blanc, les juleps calmants, les loochs, n'apportaient que peu de soulagement à l'état de langueur, de dépérissement et de marasme dans lequel il termina ses jours le 22 février 1822.

» *Autopsie cadavérique.* — La moitié inférieure du pharynx présentait une dilatation considérable, espèce de poche au développement de laquelle la paroi postérieure et les parties latérales avaient entièrement concouru. En effet, cette cavité, dont la paroi antérieure, formée par la face postérieure du larynx, n'est pas susceptible d'extension, s'était agrandie par l'allongement de ses diamètres transverse et antéro-postérieur, de manière à offrir une capacité double de ce qu'elle a coutume d'être. Cette poche était distendue par l'accumulation d'un coagulum blanchâtre mêlé à une véritable pâte chymeuse.

» Un rétrécissement subit, percé d'un pertuis circulaire à bords foncés, d'une ligne de diamètre, sans aucune trace de la moindre altération de tissu, terminait, en avant et en bas, cette espèce de jabot, dont la surface interne était recouverte d'une membrane bleuâtre, inorganique, peu épaisse, facile à détacher. Cette petite ouverture conduisait par un canal de même dimension, garni de plis longitudinaux, tapissé par la même fausse membrane, long de huit lignes, et qui allait insensiblement en s'élargissant dans l'œsophage qui était entièrement rempli d'une pâte pultacée et blanchâtre, déjà plus homogène que celle contenue dans la poche.

» Cette filière, à sa terminaison, offrait un diamètre de trois lignes au plus dans tous les sens, de sorte que la partie supérieure de l'œsophage, confondue avec la fin de ce canal, présentait une forme conique dont le sommet répondait en haut.

» Le long de l'œsophage on voyait des ganglions bronchiques disposés en petit nombre, la plupart du volume d'une amande, remplis de grumeaux noirâtres, dégénérés de leur organisation primitive. Ces ganglions ne comprimaient nulle part l'œsophage.

» L'estomac était presque vide; sa face interne était d'un rouge foncé, également réparti sur toute sa surface.

» Les intestins grêles et les gros intestins, dont la membrane muqueuse était injectée, contenaient beaucoup de matières stercorales liquides.

» La vésicule hépatique était remplie d'une bile noirâtre, d'une consistance plus que sirupeuse; les organes des autres cavités étaient dans l'état sain.

» Les plis longitudinaux qu'on remarquait à la face interne du rétrécissement de l'œsophage ne différaient pas sensiblement de ceux qu'on a coutume d'y rencontrer dans l'état sain. Les parois de ce conduit avaient augmenté d'épaisseur dans la proportion de leur rétraction, mais sans acquérir de la dureté et sans perdre aucune des qualités physiques qui les constituent dans l'état normal.

» L'exsudation membraniforme qui tapissait le pharynx ne s'étendait pas à l'œsophage. » (Cassan, *Archives de médecine*, t. X, p. 79.)

Caractères anatomiques des rétrécissements de l'œsophage. — L'état de la membrane muqueuse n'est pas le même dans tous les cas : elle est quelquefois épaissie, et elle est plus rouge et plus consistante ; elle a conservé ou perdu son apparence villeuse. Elle peut présenter l'aspect d'un tissu rougeâtre, comme érectile, avec hypertrophie des glandes mucipares, quand elles participent à l'altération.

Dans certains cas, cet épaississement de la membrane muqueuse constitue à lui seul le rétrécissement, ainsi que Everard Home l'a vu deux fois, et que Baillie en a consigné un remarquable exemple dans son *Anatomie pathologique*, p. 98, trad. de Ferrall.

Mais si la maladie se prolonge, et qu'elle ait débuté, non plus par la muqueuse, mais par le tissu cellulaire, ce tissu s'hypertrophie, devient dur, blanc, lardacé et criant sous le scalpel. En s'épaississant ainsi, il a écarté l'une de l'autre les membranes muqueuse et musculaire en disséquant en quelque sorte les fibres de cette dernière. A cette époque la muqueuse est encore reconnaissable, on suit également encore les fibres musculaires; mais plus tard, si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, le tissu cellulaire s'hypertrophie de plus en plus, la muqueuse disparaît entièrement; les fibres musculaires sont atrophiées, détruites, et le conduit se trouve converti en une masse indurée, blanche, sans trace d'organisation, véritable tissu squirrheux qui peut se ramollir et s'ulcérer.

L'étendue des rétrécissements varie beaucoup; le plus ordinairement ils n'ont que quelques lignes, mais ils ont quelquefois un ou plusieurs pouces de longueur. Ils siégent de préférence dans la partie supérieure de l'œsophage; vient ensuite pour la fréquence la partie cardiaque du conduit, son milieu étant le plus rarement affecté.

Le rétrécissement offre toujours, à son centre, une filière plus ou moins étroite qui maintient la continuité du canal. Toutes les fois surtout que le rétrécissement est porté très loin, la partie supérieure de l'œsophage se dilate en forme de poche qui remonte plus ou moins haut, et quelquefois jusqu'au pharynx, lorsque l'obstacle est considérable. Cette ampliation est quelquefois suffisante pour contenir deux litres de liquide. C'est alors une sorte d'estomac supplémentaire, où il s'opère une espèce de digestion. La partie de l'œsophage située au-dessous du rétrécissement a subi le plus souvent une modification inverse : elle est revenue sur elle-même, avec épaississement de ses parois, mais sans altération organique. Quelquefois cette portion du conduit, sous-jacente au rétrécissement, présente des ulcérations qu'il est bien ordinaire de rencontrer au-dessus du rétrécissement. La formation des ulcérations dans la poche

s'explique par l'irritation qu'elle reçoit du séjour prolongé des aliments et par ses contractions répétées dans le but de s'en débarrasser ; celles qui se développent au-dessous ne laissent pas aussi aisément apercevoir le mécanisme de leur production.

Nous avons dit plus haut que le rétrécissement squirrheux de l'œsophage atteignait quelquefois plusieurs pouces de longueur. Ces limites, pour un autre ordre de rétrécissement, ont été dépassées dans une proportion considérable.

Voici un exemple remarquable de cartilaginification et de rétrécissement de l'œsophage.

Obs. 2. « Sampsonius (Boneti, *Med. septent.*, lib. 3, *De œsoph. affect.*, cap. 1) rapporte qu'une femme qui avait depuis longtemps une grande difficulté d'avaler vint le trouver. Ce praticien, pour découvrir la cause de cette maladie, introduisit dans l'œsophage une tige de baleine longue et flexible : il trouva dans ce canal un obstacle que cet instrument ne put vaincre, quoiqu'il répétât plusieurs fois le même moyen, et qu'il y employât assez de force : la malade mourut de faim peu de mois après. Sampsonius l'ouvrit, il trouva tout le canal de l'œsophage cartilagineux depuis la région des clavicules jusqu'à l'estomac; le diamètre de ce canal pouvait à peine permettre l'introduction d'une soie de porc. » (Hévin, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, p. 232.)

Les rétrécissements de l'œsophage s'accompagnent, en général, de l'engorgement et même de la dégénérescence des ganglions lymphatiques voisins. Dans le cas où le rétrécissement est au niveau du corps thyroïde, cette glande est quelquefois hypertrophiée et profondément altérée. Il n'est pas rare non plus de voir l'œsophage dégénéré contracter des adhérences avec la trachée-artère, l'aorte, la carotide d'où résultent des perforations presque toujours mortelles (Velpeau).

Symptômes des rétrécissements de l'œsophage. — Il y a une difficulté plus ou moins grande à avaler d'abord les solides et ensuite les liquides. Cette difficulté, dit M. Velpeau, offre cela de particulier qu'elle se fait d'abord sentir au pharynx, et quand le rétrécissement occupe la partie inférieure de l'œsophage, les malades en rapportent successivement le siége aux différents points de cet organe.

Cette constriction sympathique qui se manifeste ainsi à la partie supérieure de l'œsophage disparaît quelquefois vers les derniers temps de la vie, et permet au malade d'apprécier alors le véritable siége du rétrécissement, ainsi que Howship en a cité une observation très frappante.

Plus tard, à la difficulté progressive de la déglutition, succède l'impossibilité de cette importante fonction, et les aliments sont complétement rejetés. Cette régurgitation a lieu presque immédiatement, quand le rétrécissement est très élevé. Les aliments reviennent mêlés de beaucoup de salive et de mucosités. Le rétrécissement est-il, au contraire, très bas, près du cardia, les aliments s'accumulent dans l'œsophage, le distendent et le convertissent en une poche, espèce d'estomac supplémentaire d'où les aliments sont rejetés deux ou trois heures après leur ingestion. Cette régurgitation se fait tantôt presque sans douleur et sans efforts, tantôt avec des efforts qui font craindre la suffocation.

Il est des cas ou ces matières passent en partie à travers le rétrécissement à l'aide d'une compression exercée avec la main sur les côtés du cou. Howship en a vu un exemple. D'autres fois, après avoir subi une sorte de digestion préliminaire dans la poche œsophagienne, les aliments pénètrent dans l'estomac et le malade les sent comme passer à la filière. Ce qui démontre bien que ce travail préparatoire est bien une sorte de digestion anticipée, c'est qu'on a trouvé dans la poche œsophagienne un coagulum blanchâtre mêlé à une véritable pâte chymosée. C'est du reste la théorie admise par le docteur Purton, d'après un fait par lui observé. (*Med. and physical Journal*, t. XLVI, p. 516.)

Quand la difficulté de la déglutition porte sur les liquides, il n'est pas rare qu'au moment où le liquide est ingéré dans l'œsophage, il se fasse entendre un gargouillement. C'est ce qui a été noté par Smith (*Medical and physical Journal*, t. IX, p. 552), par Cassan (*Arch.*, t. X, p. 79), et par Taranget, qui s'exprime en ces termes :

« La boisson, péniblement avalée, formait

dans l'œsophage un bruit sourd et trois fois répété, espèce de roulement qui attestait combien le passage se trouvait difficile.» (*Journal de médecine* de Roux, 1786, t. LXVII, p. 256.)

Quand les efforts de déglutition sont suspendus, il y a plutôt de la gêne qu'une véritable douleur; la douleur existe cependant quelquefois d'une manière continue ou intermittente; elle peut même s'étendre le long de la gorge jusqu'à la base du crâne, et par la trompe d'Eustache jusqu'à l'intérieur de l'oreille. Le plus ordinairement, cette douleur part de l'appendice xyphoïde et se propage le long de la colonne vertébrale.

Diagnostic des rétrécissements de l'œsophage. — On a confondu les rétrécissements de l'œsophage avec les affections de l'estomac, du larynx et de la trachée-artère. Monro et John Shaw citent de ces méprises. (*London medical and physical Journal*, t. XLVIII, p. 185.)

Ce qui peut le plus contribuer à jeter de l'obscurité sur le diagnostic, c'est la rémission que présentent quelquefois les symptômes, rémission telle que des malades ont pu à plusieurs reprises sortir de l'hôpital. (Leroux, *Cours de méd. pratique*, t. I.)

On comprend dès lors combien il doit être facile de confondre les rétrécissements de l'œsophage avec l'œsophagisme.

« Cependant, dit M. Velpeau (*loc. cit.*, p. 401), on pourra distinguer ces deux affections l'une de l'autre, en se rappelant que le spasme de l'œsophage affecte de préférence et presque toujours les personnes d'une constitution nerveuse, et surtout les femmes hystériques et les hommes hypochondriaques. La maladie débute aussi tout à coup et souvent au milieu de la santé la plus florissante; les malades sont pris presque subitement d'impossibilité d'avaler, sans éprouver d'ailleurs de douleurs dans le gosier ou le long de l'œsophage. Presque toujours aussi il existe, en même temps que le spasme de l'œsophage, un état spasmodique de plusieurs autres parties. »

L'engorgement des ganglions lymphatiques qui avoisinent l'œsophage peut, par la compression de ce conduit, en simuler le rétrécissement organique. On peut distinguer ces deux affections à l'aide des signes suivants : L'engorgement de ces ganglions lymphatiques se montre principalement dans l'enfance ou dans l'adolescence; le plus souvent la participation des ganglions superficiels à l'engorgement des ganglions profonds peut mettre sur la voie. Le point où ces glandes se trouvent en plus grand nombre correspond à la quatrième ou à la cinquième vertèbre dorsale, et presque toujours les rétrécissements œsophagiens siégent plus bas et surtout plus haut.

On évitera de confondre le rétrécissement de l'œsophage avec les anévrismes aortiques qui compriment ce conduit, non seulement par les signes propres à la dilatation artérielle, mais encore par une particularité remarquable sur laquelle M. Mondière a appelé l'attention : c'est que dans presque tous les cas d'anévrismes ouverts dans l'œsophage (dix fois sur douze), la déglutition n'est nullement troublée.

Enfin, le cathétérisme de l'œsophage, pratiqué avec la sonde dont se servait Dupuytren pour constater la présence des corps étrangers dans ce canal, viendrait dissiper un dernier doute.

Pronostic des rétrécissements de l'œsophage. — Tant que la lésion qui produit le rétrécissement n'a pas désorganisé les parois de l'œsophage, ont peut espérer la guérison, et l'on cite des cas de ce genre. Mais il ne faudrait pas compter parmi eux, comme on l'a fait, la cure d'un simple spasme œsophagien ou d'un engorgement lymphatique qui gênerait la circulation alimentaire dans le canal de la déglutition.

La terminaison fatale a lieu de diverses manières.

Dans quelques cas, qui sont l'exception, le rétrécissement peut faire périr le malade sans avoir amené dans le conduit une désorganisation profonde. Alors les malades succombent dans le marasme, après avoir passé par toutes les tortures de la faim. L'émaciation arrive quelquefois à un degré extrême. On a vu une femme qui pesait soixante-quinze kilogrammes avant sa maladie, et qui n'en pesait plus que treize et demi à sa mort. (Marquet, *Traité pratique de l'hydropisie*, 1770, in-8, p. 171.)

D'autres fois la mort arrive par rupture

de l'œsophage à l'endroit où ses parois sont épaissies, et sans qu'elles soient devenues le siége d'une ulcération carcinomateuse. Sédillot jeune en a rapporté un exemple. (*Journal de méd.*, t. VII, p. 194).

Une inflammation aiguë peut s'emparer du rétrécissement et donner lieu à un abcès qui, par sa rupture dans la trachée, amène subitement la mort. Des abcès circonvoisins, formés sous l'influence de l'irritation qui se propage du rétrécissement dans des parties plus ou moins éloignées, peuvent également avoir une issue funeste.

Paletta a signalé dans les derniers temps de la maladie un symptôme qui a beaucoup d'analogie avec le point de côté: c'est une douleur poignante dans un côté de la poitrine. Ce symptôme fut très marqué chez un malade dont l'autopsie ne découvrit aucune altération des organes thoraciques et abdominaux.

Toutes ces terminaisons se rencontrent, mais celle qui forme la règle, c'est la terminaison par ulcération, et c'est l'ulcération carcinomateuse. Alors aux symptômes du rétrécissement proprement dit se joignent un hoquet plus fréquent et la sensation d'un fer chaud dans l'œsophage; une douleur brûlante, lancinante, qui, s'étendant jusque dans le dos entre les deux épaules, augmente par la pression ainsi que par la déglutition de toute espèce de liquide, et force presque toujours le malade à se coucher sur le dos.

A la suite de ces ulcérations, la mort arrive de deux manières: par inanition ou par les effets de la fièvre hectique, et le plus souvent par le mécanisme suivant: l'œsophage contracte des adhérences avec les parties environnantes, et l'ulcération s'étend à ces parties qu'elle détruit. C'est ainsi que Herbert Mayo a vu plusieurs hémorrhagies nécessiter chez un malade la ligature d'une division de la carotide. Dans plusieurs autres cas analogues, l'hémorrhagie a été mortelle.

Mais l'organe que ces ulcérations gagnent de préférence, c'est la trachée-artère. Alexandre Monro a représenté un cas où la chute du pus dans le larynx produisit subitement la mort.

Dans deux cas rapportés par M. Mondière (*Archives*, t. XXX, 507), l'ulcération communiquait avec des kystes dont l'un occupait le centre de la glande thyroïde; chez l'autre sujet, le kyste était formé aux dépens du tissu cellulaire ambiant.

Quelquefois la mort est la conséquence de lésions profondes du poumon. Enfin, c'est dans quelques cas la lésion de la moelle qui amène l'issue fatale. On a vu un squirrhe ulcéré de l'œsophage ramollir les vertèbres correspondantes, ainsi que les disques intervertébraux et les ligaments, et finalement atteindre la moelle. (Aussant, *Thèse*, Paris, an X, p. 12.)

Traitement des rétrécissements de l'œsophage. — Après avoir inutilement mis en usage les moyens indiqués contre l'œsophagite chronique, il faut recourir ou à la dilatation, ou à la cautérisation, ou à la scarification du rétrécissement, comme pour les coarctations urétrales.

a. Dilatation. — On devra d'autant plus compter sur ce moyen que l'affection sera moins ancienne, alors que le rétrécissement ne résulte encore que d'une simple hypertrophie des tuniques de l'œsophage. Quelquefois même la désorganisation n'arrive qu'à la longue, et l'on peut alors tenter très tard la dilatation.

Ce moyen, conseillé par Richerand, Boyer, Dupuytren, a été peu employé en France.

Voici comment, d'après les faits, M. Mondière l'a apprécié.

« Nous ne craignons pas de l'avancer, les observations que nous avons pu rassembler ne sont ni assez nombreuses ni assez complètes, pour la plupart, pour que nous puissions en tirer des conséquences rigoureuses et entièrement favorables à l'emploi des sondes dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage. Cependant, parmi ces faits, il en est plusieurs qui nous paraissent d'un intérêt incontestable, et militent fortement, par les résultats obtenus, en faveur de la méthode thérapeutique dont il est question. Ainsi, si dans les observations rapportées par Earle, Paletta, Éverard Home, Macilwain, l'application méthodique des sondes a été couronnée d'un succès complet, il doit être permis de croire que tel eût été encore le résultat dans les cas que nous devons à Boyer, à MM. Carrier et Nonat, si la maladie eût été moins avancée, le

traitement plus rationnel, et suivi avec autant de persévérance que l'exigeraient les circonstances. » (Mondière, *loc. cit.*)

Nous ajouterons à l'appui de cette opinion le fait de M. Gendron, qui guérit par la dilatation un rétrécissement qui avait été la suite d'un abcès, et qui s'était compliqué d'une fistule trachéo-œsophagienne. (*Journ. hebd.*, 1836, t. I, p. 378.)

Les accidents déterminés par l'emploi de la sonde se dissipent facilement; et quand ce moyen ne procure pas la guérison, il amène au moins une amélioration qui soustrait pendant quelque temps les malades au tourment de la faim et de la soif.

Nous ne reviendrons pas ici sur le cathétérisme de l'œsophage; nous l'avons décrit à l'occasion des corps étrangers de ce conduit. Nous voulons seulement appeler l'attention sur quelques précautions à prendre dans le but d'éviter certains accidents. Si la susceptibilité du conduit l'empêche de recevoir la sonde, on a recours aux sangsues et aux narcotiques. Quelquefois cependant les vomissements qu'il provoque obligent de renoncer à ce moyen.

Outre l'irritation qu'elles peuvent produire comme corps étrangers, les sondes offrent le danger d'une déviation dans les voies aériennes. Souvent on ne reconnaît cette méprise que lorsque l'on injecte par la sonde des liquides qu'on veut faire pénétrer dans l'estomac. Chez un malade dont parle Larrey (*Mém. de chir. milit.*, t. II, p. 147), la présence de l'instrument dans le larynx fut tout aussi bien supportée que si elle eût été introduite dans l'œsophage, et l'on ne fut averti de la méprise que parce que, à la chute des premières gouttes de liquide, le malade repoussait la main du chirurgien, et était saisi le plus souvent d'une toux suffocante. Quand il y a incertitude sur la voie qu'a suivie l'instrument, on a proposé pour la dissiper de placer une bougie allumée devant l'ouverture de l'instrument, l'agitation de la flamme devant indiquer la présence de la sonde dans les voies aériennes. Si ce moyen a été insuffisant à M. Worbe (*Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. I, p. 221), c'est qu'il a été mal employé. Ce médecin a d'ailleurs raison d'indiquer comme un bon procédé diagnostique la profondeur plus considérable de la pénétration de la sonde dans l'œsophage que dans la trachée, quand le rétrécissement n'y met pas obstacle.

M. Velpeau a insisté (*Méd. op.*, t. III, p. 688) sur un inconvénient qui peut résulter de la présence de la sonde dans l'œsophage : c'est que, soit par son bec, soit par la convexité de sa courbure, elle exerce une pression qui à la longue peut amener une ulcération.

Vinott a proposé d'introduire dans les rétrécissements de l'urètre un tube très fin, élastique, imperméable à l'air et à l'eau; on le passe à vide dans le rétrécissement, puis on y introduit un fluide qui exerce sur la coarctation un effort excentrique. Ce procédé n'a pas été employé pour l'œsophage.

M. Fletcher a décrit (*Medico-chirurgical Notes and Illustrations*, London, 1831, 1re partie, p. 26) un instrument métallique recourbé, si petit, que l'auteur n'a jamais trouvé ni pendant la vie ni après la mort, de rétrécissements assez étroits pour lui refuser le passage. Fermé, cet instrument représente une tige terminée à une extrémité par une boule d'acier. En faisant exécuter au manche ou à la tige un mouvement de rotation, la boule sépare l'instrument en trois branches, remonte au milieu d'elles, et selon son degré d'élévation augmente plus ou moins le diamètre du dilatateur. L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur de cet instrument.

Quel que soit le procédé de dilatation qu'on emploie, il faut en faciliter l'action par des onctions avec l'onguent napolitain ou la pommade à l'iodure de potassium.

b. Cautérisation. — La dilatation n'a pour résultat que de rendre momentanément à l'œsophage ses dimensions naturelles; la cautérisation a pour but de détruire l'obstacle et de substituer une cure complète à la cure trop souvent palliative, produite par les bougies et les sondes : aussi ce moyen a-t-il été conseillé plus fréquemment que la dilatation. Le fait le plus ancien de cautérisation de l'œsophage remonte à 1789, et est rapporté par Paletta (*loc. cit.*, p. 224) ; mais si l'opération ne fut pas couronnée de succès, on peut l'attribuer, d'une part, à l'état déjà fort avancé de la maladie, et de l'autre, à ce que le caustique qui fut mis en usage était

sous forme liquide. Du reste, c'est le seul cas où la cautérisation ait été faite de cette manière.

La cautérisation, dans les rétrécissements de l'œsophage, n'a pas été pratiquée en France, et des chirurgiens recommandables rejettent cette méthode thérapeutique qui a été mise en usage un assez grand nombre de fois par les chirurgiens anglais. Parmi ces derniers, Éverard Home est le premier qui l'ait tentée. Dans le premier volume de son ouvrage sur les rétrécissements de l'urètre et de l'œsophage, il a rapporté deux cas où ce moyen avait été employé : dans l'un le succès fut complet, dans l'autre un premier rétrécissement céda à la cautérisation, mais un second, qui était voisin du cardia, entraîna la mort. Le second volume contient trois nouveaux exemples de guérison, et deux faits où la cautérisation procura du soulagement. Charles Bell l'a aussi mise en pratique et se prononce nettement en sa faveur (*The Lancet*, t. XII, p. 707). M. Mondière adopte également cette méthode en se fondant : 1° sur les succès obtenus ; 2° sur la presque innocuité de la cautérisation de l'œsophage ; 3° sur ce que les rétrécissements de ce conduit qui ne cèdent que difficilement à l'emploi des sondes amènent infailliblement et promptement une terminaison fatale ; enfin sur l'analogie, la cautérisation ayant réussi dans les rétrécissements du rectum, comme le démontrent les faits de M. Duplat et d'Éverard Home.

Procédé opératoire. — Voici comment le décrit M. le professeur Velpeau.

« Le fait malheureux de cautérisation que l'on doit à Paletta doit faire rejeter l'emploi des caustiques sous forme liquide, et l'on doit les employer uniquement sous la forme solide.

» Paletta employa, dans le cas de cautérisation dont nous avons déjà parlé, une tige de baleine à l'extrémité de laquelle il fixa un linge imbibé d'une solution caustique. Darwin voulait qu'on fît une bougie de toile enduite d'emplâtre agglutinatif et roulée sur elle-même ; que l'on fixât à son extrémité un morceau de pierre infernale avec lequel on devait toucher le point rétréci de l'œsophage, assez souvent pour qu'une bougie non armée pénétrât facilement jusque dans l'estomac. Éverard Home, les docteurs Andrew et Macilwain, ont employé une bougie armée de pierre infernale de la grosseur de celle qu'on emploie dans la pratique chirurgicale, et c'est le meilleur moyen de porter le caustique sur l'obstacle. Mais avant de procéder à la cautérisation, il faut s'assurer du siége précis du rétrécissement ; pour cela, après avoir placé le malade comme pour le cathétérisme de l'œsophage, on introduira d'après les principes connus une bougie non armée jusqu'à l'obstacle ; on la passera alors contre les incisives supérieures, afin de marquer sur la bougie jusqu'à quelle distance elle doit être introduite ; en la retirant on aura soin d'examiner la courbure qu'elle avait prise. La bougie, une fois retirée, sera ensuite armée du caustique, et reportée à la distance connue sur le siége du rétrécissement. Le caustique ne sera laissé en contact avec le rétrécissement, la première fois, que très peu de temps, une demi-minute ou une minute ; lors des applications subséquentes, on pourra en prolonger le contact un peu plus longtemps.

» La cautérisation pourra être pratiquée plusieurs jours de suite, à moins que l'irritation produite par elle ne soit trop vive ; alors il faudrait la renouveler un peu moins fréquemment ; il ne faudra la cesser complétement que lorsque des bougies pourront être facilement introduites, et lorsque la déglutition commencera à se rétablir d'une manière assez complète. Quelquefois il a suffi de trois cautérisations pour arriver à ce résultat (Andrew) ; d'autres fois il a fallu y revenir sept ou huit fois (Éverard Home). La douleur que produit la cautérisation est variable : tantôt on a observé une sensation peu douloureuse ; tantôt, au contraire, c'était une douleur brûlante, qui, quoique vive, se dissipait peu de minutes après la cautérisation. Chez certains sujets, on a observé de la fièvre, et, dans un cas, l'opération a été suivie d'une aphonie qui a disparu assez vite. (Éverard Home. Velpeau, *Dict. de méd.* en 30 vol., 2ᵉ édit., t. XXI, p. 409.)

c. Scarification. — Elle n'a pas, que nous sachions, été employée.

d. OEsophagotomie. — Proposée par Stoffel, cette opération a été exécutée par Tauranget, sur une religieuse de l'abbaye des

Prés, pour un rétrécissement de la partie supérieure de l'œsophage, afin de faire arriver à l'aide d'un entonnoir des aliments dans l'estomac. Cette déglutition artificielle prolongea son existence pendant seize mois. Dans un cas extrême, cette opération serait préférable à la suivante.

e. Gastrotomie. — M. Sédillot vient d'insister pour faire arriver directement dans l'estomac, par une ouverture pratiquée à la paroi du ventre, les aliments arrêtés par un obstacle insurmontable situé dans l'œsophage. Nous doutons que cette ressource soit souvent employée, même dans les cas les plus désespérés.

ARTICLE V.

Dilatation de l'œsophage.

La dilatation de l'œsophage est une affection susceptible de présenter plusieurs variétés, relativement à son origine, au siége et à l'étendue qu'elle occupe. Elle est congéniale ou acquise ; elle peut s'étendre à une partie ou à la totalité du canal œsophagien, et se montrer dans les divers points de son étendue.

Causes. — Les causes de cette maladie sont toujours difficiles à apprécier. Dans un certain nombre de cas on peut la rapporter à une dilatation naturelle de l'œsophage vers sa partie moyenne, dilatation qui rappelle le *jabot* des oiseaux. Grashuys et Vicq-d'Azyr ont souvent rencontré cette disposition. Mais les causes les plus communes sont sans contredit : la hernie de la membrane muqueuse de l'œsophage à travers un éraillement de ses fibres charnues, le séjour prolongé de corps étrangers, l'existence d'un obstacle à la déglutition.

« Nous ne connaissons aucun fait, dit Mondière, en parlant de la première de ces trois dernières causes, qui démontre d'une manière positive l'influence de la première cause énoncée, et Monro lui-même paraît l'avoir admise uniquement par analogie avec ce qu'on observe quelquefois pour les intestins et surtout pour la vessie. Il pense que, par suite d'une forte contraction spasmodique des fibres musculeuses de l'œsophage, la membrane muqueuse peut faire hernie à travers quelques uns de leurs faisceaux, et former ainsi une poche plus ou moins considérable. » (*Arch. de méd.*, t. III, 2e série.) Le docteur Deguise considérait aussi ces prolongements sacciformes, comme une hernie produite par des efforts de déglutition ; il faisait remarquer qu'ils existaient plus fréquemment à la partie inférieure du pharynx et supérieure de l'œsophage.

L'action de la seconde cause, le séjour des corps étrangers, est, au contraire, mise hors de doute par un certain nombre de faits. M. Mondière en rapporte deux dans son mémoire sur les corps étrangers de l'œsophage ; il en cite un troisième dans son travail sur les maladies de l'œsophage. Nous le transcrirons ici.

Obs. 1. *Dilatation de l'œsophage par la présence d'un corps étranger ; mort ; autopsie.*

« Un paysan de Dalkenheim, âgé de vingt ans, robuste, avala pendant son sommeil une pierre qu'il s'était amusé à faire rouler dans sa bouche quelques instants avant de s'endormir.

» Cette pierre était un granit du poids de deux onces ; elle avait le volume d'une petite pomme, et ses angles étaient arrondis.

» A son réveil, le jeune paysan éprouva une douleur gravative dans la poitrine, avec impossibilité d'avaler la moindre chose. Par une timidité bien déplacée, le malade ne voulut point indiquer la cause de ces accidents, de sorte qu'on les prit pour une inflammation à la gorge. Il passa huit jours entiers dans cet état déplorable, sans pouvoir ni manger ni boire ; les douleurs augmentèrent de plus en plus, et le malade s'affaiblit au point qu'il ne fut plus capable de rester debout. Alors seulement il avoua la cause de son mal, et recourut aux secours de l'art.

» On ne put découvrir le corps étranger, ni au tact, ni à la vue. On explora l'œsophage à l'aide d'une éponge trempée dans de l'huile et fixée à une baleine ; on parvint jusqu'à la pierre, mais en excitant les douleurs les plus violentes : elle se déplaça vers la droite et y resta immobile.

» Aussitôt la déglutition devint assez libre, et l'on crut que le corps étranger était descendu dans l'estomac. Comme le malade avait perdu connaissance et qu'il ne pouvait donner de renseignements sur

le volume de la pierre, on ne fit aucune autre tentative, et l'on se borna à administrer de l'huile à l'intérieur. Le malade expira le lendemain.

» A l'ouverture du cadavre, on trouva l'œsophage, l'estomac et une partie des intestins grêles sphacélés. La pierre s'était en quelque sorte chatonnée dans la partie inférieure de l'œsophage, où elle avait formé un sac du côté droit; ce sac était corrodé par la suppuration, de sorte qu'une portion de la pierre se trouvait à nu dans la cavité thoracique, à côté de la trachée-artère. La cavité droite de la poitrine contenait une quantité assez considérable de pus, qui couvrait en partie le poumon. » (Mondière, *loc. cit.*)

Pour ce qui est de l'action des obstacles à la déglutition, elle n'en est pas moins bien démontrée. Ces obstacles dépendent de différentes causes, mais principalement des rétrécissements organiques de l'œsophage ; toujours est-il que dans cette circonstance, la dilatation est due à l'accumulation des aliments ou aux efforts répétés pour avaler. Les deux observations suivantes en sont la preuve.

Obs. 2. *Dilatation par accumulation des aliments.*

« Un seigneur de Berne, dit Collomb, me consulta sur une maladie très rare, dont il était attaqué depuis environ un an.

» Cette maladie consistait dans la dilatation et l'élévation considérable des deux côtés du cou, causée par le séjour dans le pharynx des aliments qu'il prenait pour nourriture. Il les regorgeait tous les quatre ou cinq jours, et son cou reprenait alors son état naturel : et, chose remarquable, le malade n'avait presque pas maigri, il avait encore à peu près ses forces accoutumées et des couleurs naturelles ; circonstances qui viennent prêter appui à ce que nous avons dit précédemment, savoir : qu'il peut s'opérer une sorte de digestion dans la portion de l'œsophage ainsi dilatée.» (*Arch. de méd.*, t. III, 2e série.)

Obs. 3. *Dilatation due à une difficulté d'avaler; mort; autopsie.*

« Une demoiselle, mangeant d'une carpe, en avala une arête qui, étant restée au bas de la gorge, lui causa une difficulté d'avaler qui a duré jusqu'à la fin de ses jours. Cette incommodité était peu considérable en son commencement, ce qui fut cause qu'elle la négligea ; mais elle devint si forte dans la suite, que les aliments et la boisson que la malade prenait, surtout les deux ou trois derniers mois de sa vie, ne passaient pas le bas de la gorge : elle les rejetait environ une demi-heure après les avoir pris, en faisant des efforts très violents et presque jusqu'à étouffer.

» La malade étant réduite à ce fâcheux état, me fit appeler : je la trouvai au lit; cependant elle se levait un peu de temps en temps. Elle était fort maigre et très faible ; elle ne sentait aucune douleur ; son pouls était petit, mais il était mollet, égal et réglé, excepté dans le temps qu'elle faisait des efforts pour vomir. Enfin la malade ne prenait que des aliments liquides, parce que l'expérience lui avait appris que les solides ne lui donnaient aucune nourriture, et que pour les rendre, elle était obligée de faire de plus grands efforts que pour rendre les aliments liquides.

» Cette demoiselle prit en ma présence quatre cuillerées de bouillon, qui étaient à peu près tout ce que sa gorge en pouvait contenir à la fois. Elle rejeta ce bouillon au bout d'une demi-heure, presque dans la même quantité et sous la même forme qu'elle l'avait pris, et elle rejeta de la même manière les autres que je lui vis prendre dans la suite.

» Je me déterminai à faire donner tous les jours à la malade trois lavements, un dès le matin, le second vers le midi, et le troisième sur le soir, faits chacun avec un bon consommé à la viande, dans lequel on délayait tantôt un ou deux jaunes d'œufs, et tantôt environ un poisson de bon vin.

» Par le moyen de ces lavements, outre le peu de nourriture que la malade recevait par la bouche, elle vécut encore pendant plus de deux mois; mais de manière que ses forces allaient toujours en diminuant, et que sa maigreur augmentait de jour en jour.

» Enfin la malade mourut de sa difficulté d'avaler, après en avoir été incommodée durant quatorze mois. Elle mourut âgée de cinquante ans, avec toute la connaissance possible, sans fièvre, contre cet axiome de la médecine : *Nemo sine febre*

moritur; sans se plaindre d'aucune douleur, sans être agitée de mouvements convulsifs ; en un mot, par la seule nécessité de mourir, n'ayant d'autre incommodité que celle de ne pouvoir avaler, par conséquent faute de nourriture, de même qu'une lampe s'éteint faute d'huile.

» Avant de faire l'ouverture du cadavre j'en examinai les parties extérieures, et j'y remarquai quatre choses : une maigreur extrême, une élévation extraordinaire au ventre à l'endroit de la région ombilicale, un enfoncement notable à la région épigastrique, enfin la gorge était plus grosse qu'elle ne l'est naturellement ; quatre choses que j'avais déjà observées dans son corps pendant qu'elle était encore vivante.

» Le pharynx avait ses parois plus fermes et plus épaisses et sa cavité plus ample qu'à l'ordinaire. On remarquait le long de la partie postérieure de cette cavité deux espèces de rigoles, larges chacune en leurs parties supérieure et moyenne de deux lignes, et l'inférieure d'une demi-ligne. Elles étaient formées par trois feuillets membraneux, élevés au-dessus de la surface de près de deux lignes. Chacun de ces feuillets n'était qu'un pli de la membrane intérieure de ce conduit, qui s'était séparée des autres, ensuite doublée, et dont les deux côtés étaient devenus adhérents entre eux.

» On remarquait encore à la partie inférieure de la cavité du pharynx, quatre manières de sacs membraneux, de figure cylindrique, de trois lignes de profondeur sur deux de largeur, ouverts par en haut et fermés par en bas. Ils paraissaient avoir été formés par la membrane intérieure de ce conduit, détachée des autres en différents endroits.

» L'œsophage était rétréci à sa partie inférieure, dilaté à sa partie supérieure. » (Littre, *Collection académique*, partie française, t. IV.)

On peut encore, à l'appui de cette cause, invoquer l'analogie, et rappeler les dilatations qui surviennent dans le rectum, lorsque le rétrécissement de la partie inférieure de cet organe devient un obstacle à la défécation.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes principaux de la dilatation de l'œsophage, comme on a pu le voir par les observations que nous avons rapportées, sont en premier lieu, l'augmentation de volume et la déformation du cou, phénomènes qui peuvent disparaître ou diminuer, mais qui se reproduisent presque toujours à la suite de l'ingestion d'une certaine quantité d'aliments. Viennent en second lieu la difficulté dans la déglutition et une sorte de régurgitation des aliments. Il faut encore citer la fétidité de l'haleine. Tous ces signes constituent autant d'éléments de diagnostic.

Nous n'avons rien à dire sur le traitement.

ARTICLE VI.

OEsophagisme.

Cette maladie ayant déjà été traitée à l'occasion des maladies nerveuses, nous ne fesons que la mentionner ici, en renvoyant au volume de la *Bibliothèque du médecin praticien*, où il en est question. (Voy. t. IX, p. 666.)

ARTICLE VII.

Paralysie de l'œsophage.

La paralysie de l'œsophage était déjà connue du temps de Galien, qui, lorsqu'elle comprend à la fois les muscles du pharynx et de l'œsophage, la désigne sous le nom de *gulæ imbecillitas.*

Causes. — Cette affection peut se montrer passagèrement sous l'influence des affections vives de l'âme, de l'abus des liqueurs alcooliques, de l'usage de certains gargarismes astringents ; mais lorsque les causes qui la produisent agissent sur les nerfs de l'œsophage, elle constitue une infirmité durable. Des expériences directes ont démontré que la section des nerfs pneumo-gastriques était suivie de la paralysie de l'œsophage ; la pathologie a confirmé ce résultat. Ainsi Kœler a vu la maladie qui nous occupe sous la dépendance d'une compression exercée par des tubercules pulmonaires ; Rolando l'a attribuée dans une autre circonstance au tiraillement des nerfs pneumo-gastriques ; Wilson l'a observée à la suite d'un gonflement des vertèbres cervicales dû à une cause syphilitique. Elle peut se montrer

chez les aliénés, et faire périr les malades, à cause du séjour des aliments dans le canal œsophago-pharyngien, ou de leur introduction dans la trachée-artère. Enfin, il n'est pas rare de la rencontrer dans les fièvres ataxiques et adynamiques, ainsi que dans un grand nombre d'autres maladies où l'innervation est compromise.

Symptômes. — La paralysie de l'œsophage débute ordinairement d'une manière subite; quand elle est incomplète, elle se traduit par une difficulté plus ou moins grande dans la déglutition. Tantôt les malades ont beaucoup de peine à avaler les aliments solides, tantôt le contraire a lieu. On pourrait, à cet égard, signaler une foule d'autres particularités.

Quand la paralysie est complète, la déglutition devient tout à fait impossible ; le bol alimentaire s'arrête alors à la partie supérieure de l'œsophage ou même dans le pharynx, et détermine les accidents que nous avons déjà signalés. Nous compléterons ce court exposé en rapportant les passages de l'observation de Wilson qui ont trait à notre sujet.

Obs. 1. *Paralysie de plusieurs organes, et notamment de l'œsophage, causée par une exostose ; traitement mercuriel ; guérison.*

« Pendant le printemps de 1803, époque à laquelle l'*influenza* régnait à Londres, M. C..., âgé d'environ vingt-huit ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament assez sanguin, fut attaqué d'une douleur très vive dans le fond de l'orbite de l'œil gauche. Un médecin distingué lui fit suivre longtemps, et sans effet, un traitement antiphlogistique sévère. On crut ensuite que l'affection était nerveuse, et on eut recours aux antispasmodiques et à l'air vif de la campagne ; mais ces moyens ne furent pas plus heureux que les premiers, ni que plusieurs autres employés successivement ; le mal empira d'une manière sensible, et M. C... éprouva les symptômes suivants :

» Surdité de l'oreille gauche ; paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure du même côté ; strabisme produit par le défaut d'action du muscle droit externe ; cécité de l'œil gauche et dilatation permanente de sa pupille ; tiraillement de l'angle droit des lèvres vers l'oreille du même côté ; enrouement considérable, articulation des mots inintelligible, même pour les meilleurs amis du malade ; impossibilité d'avaler les aliments solides, et suffocation imminente pendant la déglutition des fluides ; écoulement continuel de salive qui, ne pouvant être ni avalée, ni expulsée au dehors, s'échappait de la bouche du malade à l'aide des efforts qu'il faisait avec la langue pour s'en débarrasser, et tombait dans un vase placé à cet effet. Constipation très opiniâtre qui nécessitait souvent l'usage de quelque drastique.

» M. le professeur Wilson, appelé chez M. C..., au mois de novembre 1806, le trouva en proie à des douleurs horribles et presque continuelles. Il apprit qu'il avait eu des chancres et des bubons à deux ou trois époques différentes, et, par un examen attentif, il découvrit un exostose au tibia.

» Plusieurs vertèbres du cou avaient en outre acquis un grand volume, l'acromion du côté droit présentait un gonflement, et toute l'épine, avec la plus grande partie de cet os, avait pris une dimension considérable. L'état d'émaciation permettait de reconnaître une autre grosseur au haut de l'humérus, un peu au-dessus de l'attache du deltoïde ; la clavicule droite était au moins trois fois aussi volumineuse que dans l'état naturel.

» Les exostoses pouvant être vénériennes, le savant praticien proposa de recourir sur-le-champ au mercure. En conséquence, des frictions d'un gros d'onguent mercuriel double, mêlé à cinq grains de camphre, furent faites chaque soir, et l'on établit un séton à la nuque. Le quatrième jour, la bouche fut affectée par le mercure ; le dixième, la déglutition était moins difficile, le sommeil revenu et les douleurs presque dissipées ; le quinzième, la clavicule avait évidemment diminué de volume ; les muscles étaient plus nourris, plus fermes, et la prononciation améliorée, au point que le malade pouvait se faire comprendre de tout le monde ; la pommade fut alors employée deux fois le jour et continuée pendant onze semaines.

» Vers la fin de ce traitement, la déglutition se faisait aisément. On donna chaque jour environ huit onces de décoc-

tion de salsepareille composée, et du quinquina de temps à autre.

» Pendant l'usage des frictions, quoique la bouche fût extrêmement douloureuse, le malade acquit chaque jour de la santé, de la vigueur et même de l'embonpoint; les muscles avaient retrouvé presque toute leur force et leur rondeur primitives; les membres exerçaient tous leurs mouvements; on ne ressentait plus la moindre douleur et l'épaississement des os était considérablement diminué.

» La faculté d'avaler et de mouvoir les extrémités du côté droit avait paru d'abord augmenter à mesure que le gonflement des vertèbres allait en diminuant; mais ensuite ce gonflement devint stationnaire, et les muscles n'en continuèrent pas moins à recouvrer toute leur énergie.

» M. C... est parfaitement guéri, et depuis deux ans il n'a éprouvé que de légères infirmités. » (*Recueil périodique*, t. XLV, p. 453.)

Traitement. — Le traitement de la paralysie de l'œsophage repose essentiellement sur la connaissance de la cause qui la produit; lorsque cette cause peut être appréciée par le praticien, comme dans le cas que nous venons de rapporter, les indications thérapeutiques se présentent en quelque sorte d'elles-mêmes.

Malheureusement il arrive que, dans le plus grand nombre des cas, l'impossibilité de découvrir la cause de la maladie rend nécessaire l'emploi des moyens empiriques. Ceux qui ont obtenu le plus de succès sont les excitants de toute sorte; Monro a obtenu de bons résultats de l'électricité: Portal et Collomb ont dû renoncer à son emploi à cause des accidents dont il était suivi. On peut encore conseiller les liniments excitants, les vésicatoires simples ou pansés avec la strychnine, les gargarismes toniques ou excitants et, parmi ces derniers, les gargarismes d'eau chargée d'une certaine quantité de farine de moutarde.

En attendant que ces moyens réussissent, de même que lorsqu'ils ont échoué, il convient de soutenir les forces du malade à l'aide de divers procédés. Les lavements nourrissants nous paraissent devoir être insuffisants: il est beaucoup plus simple et plus avantageux de faire pénétrer dans l'estomac des bouillons et des aliments sous forme de liquide. Portal se servait d'une seringue armée d'un tuyau de gomme élastique; Beauve, d'une canule œsophagienne. Baster soutint pendant quatorze mois l'existence d'une jeune fille atteinte de paralysie de l'œsophage en refoulant dans l'estomac, à l'aide d'une baleine armée d'une éponge, le bol alimentaire arrêté à la partie supérieure du pharynx.

ARTICLE VIII.

Ramollissement de l'œsophage.

Les parois de l'œsophage peuvent subir un ramollissement analogue à celui de l'estomac, ramollissement que l'on a décrit sous le nom de ramollissement gélatiniforme. M. Carswel a cherché à établir que cette prétendue affection de l'estomac n'est constamment qu'un effet cadavérique (*Journal hebdomadaire de médecine*, Paris, 1830, t. VII); la même manière de voir pourrait s'appliquer jusqu'à un certain point à l'œsophage. Quoi qu'il en soit, on n'en possède pas moins des faits bien authentiques de ramollissement gélatiniforme, et pour dissiper tous les doutes à cet égard, il nous suffira de citer les paroles suivantes de Blandin :

« Il est une maladie de l'œsophage que peu de personnes ont décrite, et que j'ai eu deux fois occasion d'observer dans les hôpitaux ; je veux parler d'un véritable ramollissement pultacé, ramollissement tout à fait semblable à celui que les auteurs ont signalé comme appartenant à l'estomac.

» Chez les deux malades auxquels je viens de faire allusion, cette affection était survenue dans des circonstances peu analogues : chez l'un, une vaste et profonde brûlure affectait la plus grande partie du corps; l'autre avait été opéré de la cataracte par extraction. Cependant il est un point par lequel ces deux malheureux se rapprochaient, fortuitement peut-être, et sans que l'on doive établir de relation entre cette circonstance et le mal qui vint terminer leurs jours : ils éprouvèrent de violentes douleurs, l'un par suite de l'étendue de sa brûlure, l'autre en raison d'une violente inflammation de l'œil opéré. Chez tous les deux, ces douleurs laissèrent

peu de relâche ; des gémissements continuels et des convulsions témoignèrent de toute leur constance, de toute leur intensité. Dans ces deux cas, l'œsophage fut détruit si entièrement, que j'en trouvai à peine des traces à l'autopsie cadavérique, et que le médiastin était transformé en une vaste poche, dans laquelle étaient contenues les boissons qui avaient été prises dans les derniers moments. » (*Dictionn. de médec. et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 143.)

ARTICLE IX.

Perforation de l'œsophage.

Nous ne connaissons point d'exemples de perforations de l'œsophage, que l'on puisse assimiler aux perforations spontanées de l'estomac ; celles que les auteurs ont désignées du nom de spontanées ne sauraient être que le résultat de la gangrène, du ramollissement ou de l'ulcération. Nous en trouvons une observation dans les *Archives générales de médecine.*

Obs. 1. *Perforation spontanée de l'œsophage ; mort ; autopsie.*

« Un homme adonné à la boisson, et qui avait eu plusieurs attaques de *delirium tremens*, était, depuis plusieurs années, sujet à des vomissements contre lesquels toutes les médications avaient échoué : ayant été pris un jour de vomissements violents, accompagnés d'évacuations alvines liquides, qui se calmèrent vers le soir, il dormit tranquillement toute la nuit, resta calme toute la matinée du lendemain ; mais vers deux heures il fut pris subitement de convulsions, perdit connaissance et mourut à cinq heures de l'après-midi.

» A l'autopsie, faite vingt heures après la mort, on trouva les vaisseaux du crâne et de l'encéphale gorgés de sang, un épanchement séreux considérable dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, l'arachnoïde épaissie, une petite quantité de sérosité épanchée dans les ventricules latéraux. L'œsophage offrait, à son extrémité inférieure et à droite, une perte de substance du volume d'une pièce de dix sous ; les bords de cette ouverture étaient unis et réguliers, la muqueuse détruite tout autour dans une étendue de plusieurs lignes.

» La cavité pleurale contenait 12 à 16 onces d'une sérosité brunâtre ; les poumons étaient sains, ainsi que le cœur et le péricarde. Le foie était gras et mou. La muqueuse gastrique, épaissie au niveau du pylore, était détruite près du cardia dans une assez grande étendue. » (*Archives générales*, t. IV, p. 96, 1839.)

Il est une autre classe de perforations de l'œsophage, dans laquelle tous les cas observés peuvent être rapportés à des causes dont l'action est parfaitement évidente. A cette classe appartiennent les perforations produites par un anévrisme de l'aorte, celles qui sont dues à la présence de corps étrangers, au développement d'abcès dans le tissu cellulaire qui entoure l'œsophage, au ramollissement de masses tuberculeuses.

Les perforations que l'on voit à la suite d'un anévrisme de l'aorte dépendent d'une véritable usure des parois du conduit sans travail inflammatoire ; on peut s'en convaincre en lisant attentivement les observations qui ont été recueillies sur ce point ; toujours la partie de l'œsophage en contact avec le sac anévrismal se désorganise, s'amincit et finit par disparaître.

Lorsque la perforation est due au ramollissement de tubercules, il arrive souvent que l'œsophage perforé se trouve en communication avec la trachée-artère ou avec les bronches. C'est ce qui arriva dans le cas que nous allons rapporter :

Obs. 2. *Ulcérations et perforations de l'œsophage ; communication avec la trachée-artère.*

« Un homme de vingt-huit ans, ayant eu des engorgements ganglionnaires au cou, et atteint de phthisie pulmonaire, éprouva tout à coup quelque difficulté à avaler : un obstacle semblait s'opposer à la déglutition des liquides comme des solides vers la partie supérieure droite de l'œsophage ; les matières alimentaires s'arrêtaient en ce point, et tantôt parvenaient enfin dans l'estomac, après avoir déterminé une assez forte gêne dans la respiration, tantôt étaient immédiatement rejetées, à la suite de violents efforts de toux. La toux ramenait de petites portions de bol alimentaire dans la cavité buccale, et le malade prétendait qu'elles remon-

taient par la trachée : du reste il n'éprouvait aucune douleur vive.

» Une sonde œsophagienne fut introduite : arrêtée un instant à la partie supérieure de l'œsophage, elle surmonta facilement l'obstacle et ne fournit d'ailleurs aucune indication au diagnostic.

» Le malade succomba à la phthisie au bout de neuf mois ; à l'autopsie on trouva à deux lignes au-dessous du pharynx, sur la paroi antérieure de l'œsophage, plusieurs masses tuberculeuses, au niveau de plusieurs desquelles la muqueuse œsophagienne était légèrement altérée.

» A 1″ au-dessus de la division de la trachée-artère, se trouvaient deux perforations qui établissaient une communication entre le conduit alimentaire et le canal aérien : l'une, de 2‴ de diamètre, était directe ; l'autre formait une espèce de canal creusé dans la paroi œsophagienne et dirigé de bas en haut, son ouverture trachéenne étant la supérieure. Les poumons offraient de nombreuses cavernes et des tubercules aux différents degrés de leur développement. » (*Archives de médecine*, t. II, p. 101, 1838.)

ARTICLE X.

Rupture de l'œsophage.

On a publié un grand nombre d'observations de ruptures de l'œsophage, mais, comme le fait judicieusement observer M. Mondière, lorsqu'on analyse toutes ces observations avec attention, on reconnaît bientôt que ces prétendues ruptures spontanées doivent être attribuées au ramollissement gélatiniforme dont il a été question ci-dessus. Dans ce cas se trouvent celles qui ont été décrites par M. Bouillaud et Guersant.

Le seul fait qu'on puisse considérer comme une rupture spontanée de l'œsophage est celui du baron Wasnaer, rapporté par Boerhaave. M. Mondière, après avoir insisté sur ces particularités importantes, que la déchirure était complète, qu'il y avait absence d'ulcère et d'érosion dans les parties voisines ; que l'estomac, distendu par une grande quantité d'aliments, devait tendre et tirailler l'œsophage ; qu'enfin il y eut de violents efforts de vomissement, rapporte ainsi l'observation :

Obs. 1. *Rupture de l'œsophage à la suite de vomissements ; mort ; autopsie.*

« Le baron Wasnaer, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir, pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac, toutes les fois qu'il avait fait quelque excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent.

» Un soir, quelques heures après un dîner copieux, comme la dose ordinaire de son émétique tardait un peu trop à produire les vomissements, il l'excita en buvant une infusion de chardon-bénit, et en faisant des efforts extraordinaires.

» Tout à coup il éprouve une douleur atroce, et se plaint d'avoir senti quelque chose se rompre vers la partie supérieure de l'estomac : il crie, se roule par terre et présente une sueur froide, un pouls petit et une pâleur extrême du visage. Mis sur son lit, il ne peut y rester que debout, soutenu par trois hommes et fortement courbé en avant. Tout ce qu'il but dans cet état aggrava encore les accidents.

» Tout ce que Boerhaave et un autre médecin purent ordonner fut inutile ; le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier ; la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix-huit heures environ de souffrances inexprimables.

» *Autopsie.* — Péritoine, intestins, estomac distendus par une grande quantité de gaz. Ce dernier organe ne contenait qu'une très petite portion des liquides, que le malade avait avalés : tous les viscères abdominaux et même le diaphragme étaient dans l'état naturel. La cavité de la poitrine contenait une grande quantité de gaz ; les poumons, affaissés et décolorés, nageaient dans une liqueur semblable à celle trouvée dans l'estomac ; dans la cavité gauche on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de 3 pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, et présentant une ouverture. Dans l'intérieur de ce renflement, l'œsophage était divisé en totalité transversalement, et ses deux bouts rétractés vers leurs attaches respectives Les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni ulcère ni érosion dans aucune

partie de cet organe. » (*Archives de médecine*, t. II, p. 523, 1833.)

ARTICLE XI.

Polypes de l'œsophage.

Les polypes de l'œsophage sont une maladie assez rare. Graëf, Baillie, Schneider, Pringle, Monro en ont rapporté quelques exemples. Ils présentent quant à leur forme et à leur texture les mêmes particularités que les polypes des autres organes; du reste, on ne possède sur leur histoire que des documents incomplets. Baillie se borne à dire que le polype qu'il a vu avait une texture fibreuse, et que ses fibres étaient à angle droit avec la membrane interne d'où il prenait naissance; sa surface était ulcérée. Schneider rapporte qu'à l'autopsie d'une femme âgée de cinquante-quatre ans et morte de dysphagie, on trouva trois excroissances polypeuses dans l'œsophage. Ces tumeurs, longues d'un pouce à un pouce et demi, adhéraient à la membrane muqueuse, deux par un pédicule mince et une par une base large. Leur substance était charnue, leurs pédicules assez fermes et blanchâtres.

Causes. — Les causes de cette affection sont inconnues. De Graëf a cru pouvoir attribuer le développement d'un polype à une irritation répétée, dans le cas que nous allons rapporter et que nous empruntons au travail de M. Mondière.

Obs. 1. *Polype de l'œsophage; dysphagie; amaigrissement; mort; autopsie.*

« Un homme, menant une vie sédentaire, fort adonné au vin et à la pipe, ayant eu de nombreuses inflammations de la gorge et des amygdales, éprouvait, depuis plusieurs années, quelque difficulté dans la déglutition : les aliments, avant d'arriver dans l'estomac, étaient arrêtés pendant quelque temps.

» Cette dysphagie, tour à tour attribuée au spasme et à l'inflammation de l'œsophage, revint plus souvent vers l'âge de cinquante ans, et augmenta à un point que les aliments étaient rejetés après un court séjour dans ce conduit. Lorsque ce rejet n'avait pas lieu, l'accumulation des aliments faisait augmenter les angoisses du malade et faisait craindre la suffocation. Une médication variée, tour à tour antispasmodique et émolliente, ne procura aucun soulagement, et le malade succomba dans le marasme.

» *Autopsie.* — On trouva près le cardia, et naissant de la membrane interne de l'œsophage, une tumeur blanchâtre, dure, de la largeur et de la grosseur du pouce. Cette tumeur avait la forme d'un cône dont le sommet était dirigé vers le cardia : elle bouchait entièrement l'œsophage, tous les autres organes étaient sains. » (*Archives de médecine*, t. III, p. 53, 1833.)

Symptômes et diagnostic. — Les polypes de l'œsophage ne s'accompagnent point de symptômes caractéristiques; ils apportent à la déglutition un obstacle d'autant plus grand qu'ils acquièrent plus de volume et finissent par obturer exactement le conduit œsophagien. Pringle parle d'un polype qui, prenant naissance à la partie moyenne de l'œsophage, s'étendait jusqu'au cardia, et remplissait si bien toute l'étendue du canal qu'on pouvait à peine faire pénétrer un stylet dans l'estomac. La difficulté croissante de la déglutition n'est point un signe pathognomonique; aussi le diagnostic de l'affection qui nous occupe sera-t-il impossible, toutes les fois que le polype ne viendra pas se présenter à la vue dans le pharynx, à la suite d'efforts de vomissement, comme Monro a eu occasion de l'observer sur un de ses malades.

Traitement. — Si l'on parvient à reconnaître l'existence de polypes de l'œsophage, on devra tenter d'en pratiquer la ligature. S'il est nécessaire, on fera préalablement la trachéotomie, à l'exemple de Monro, afin que le malade puisse respirer pendant la durée de l'opération; par ce moyen on peut prolonger, pendant l'espace d'un temps plus ou moins long, les jours du malade, en admettant toutefois que la végétation polypiforme doive se reproduire.

On peut avoir recours à tous les nombreux procédés qui ont été proposés pour les polypes de la gorge, après avoir apporté à leur mode d'application les modifications convenables. Dans tous les cas, comme le fait judicieusement observer M. Mondière, « on devra surveiller attentivement le malade, alors que le pédicule sera presque entièrement coupé; car un homme sur lequel on avait lié un polype

de la gorge, fut trouvé mort dans son lit quelques jours après. A l'ouverture de son cadavre, on trouva le polype, dont le pédicule avait été coupé, remplissant presque toute la partie supérieure du pharynx, et fermant exactement l'ouverture de la glotte. » (*Loc. cit.*)

Lorsque la ligature ne peut être appliquée, on emploie le traitement palliatif, usité dans les rétrécissements de l'œsophage, afin de prolonger autant que possible l'existence du malade.

ARTICLE XII.

Tumeurs squirrheuses entre les tuniques de l'œsophage.

Il peut se former entre les membranes de l'œsophage, comme entre les tuniques de l'intestin grêle, des tumeurs de nature squirrheuse. La seule observation authentique que l'on possède sur cette affection est celle que Hélin a consignée dans les *Mémoires de la Société royale de médecine.* La voici :

Obs. 1. *Tumeur squirrheuse de l'œsophage; dépérissement du malade; mort et autopsie.*

« Un homme, âgé d'environ soixante ans, était incommodé depuis plusieurs années d'une difficulté d'avaler, dont la cause avait son siége dans l'œsophage, puisque les aliments passaient au delà du pharynx, mais ne parvenaient qu'en très petite quantité jusqu'à l'estomac; le surplus étant comme vomi, par une action du canal qu'on peut appeler antipéristaltique.

» Ce malade, après avoir fait longtemps plusieurs tentatives inutiles pour sa guérison, se mit enfin au lit. On employa tous les remèdes qui parurent indiqués, mais on n'obtint qu'une cure palliative qui n'empêcha pas le mal d'augmenter successivement. La difficulté d'avaler devint totale. On ne put alors soutenir le malade que par des bouillons nourrissants pris en lavements, qui n'empêchèrent pas qu'il ne mourût dans le dernier degré d'atrophie.

» Le cadavre ayant été ouvert et l'œsophage débarrassé de tout ce qui l'environnait depuis le pharynx jusqu'à l'orifice supérieur de l'estomac, on découvrit dans la partie de ce canal, qui se trouvait derrière la première division des bronches, une tumeur squirrheuse de la longueur de trois pouces sur deux de circonférence, enfermée entre la deuxième et la troisième tunique de l'œsophage, dont elle avait effacé entièrement l'ouverture ; les poumons étaient diminués de plus de la moitié de leur grosseur ordinaire, aussi bien que l'estomac ; le foie, le pancréas, les reins, la vessie avaient aussi souffert de la diminution, les intestins grêles étaient presque réduits à rien. Enfin la rate ne pesait que trois onces. » (*Mémoires de la Société royale de médecine*, 1777.)

Nous n'avons rien à dire sur les causes et le diagnostic de cette affection.

Relativement au traitement, M. Mondière se demande si, dans le cas où l'on arriverait à un degré de certitude suffisant, il conviendrait de tenter quelque opération. « Le fait suivant, fourni par la *Chirurgie comparée*, devrait peut-être y encourager. M. Dandrieu, vétérinaire à Lavardac, rapporte avoir fait avec succès l'extirpation d'une tumeur squirrheuse développée dans l'épaisseur des tuniques de l'œsophage d'un bélier.

» Cette tumeur adhérait à la face externe de la membrane muqueuse, elle fut entièrement isolée des parties avec lesquelles elle était en contact; la guérison eut lieu au bout de dix-huit jours. » (*Loc. cit.*)

ARTICLE XIII.

Dégénération cartilagineuse et osseuse de l'œsophage.

La dégénération cartilagineuse de l'œsophage présente plusieurs variétés. Dans un certain nombre de cas, elle est bornée à une étendue très circonscrite ; elle peut même ne former qu'un anneau, comme Becker, Baldinger, Bang en ont rapporté des exemples. Gyser cite un cas dans lequel il existait à peu près au milieu de la longueur de l'œsophage un anneau cartilagineux qui rétrécissait ce canal, au point qu'il pouvait à peine admettre une petite sonde.

Dans quelques circonstances, la masse cartilagineuse développée au-dessous de la membrane muqueuse se confond peu à peu avec du tissu cellulaire épaissi et in-

duré. M. Andral, dans son *Précis d'anatomie pathologique*, parle d'un fait de ce genre.

Enfin, l'œsophage peut être devenu cartilagineux dans toute son étendue. « Pour moi, dit le docteur Desgranges (*Journal de Corvisart*, t. IV), j'ai rencontré lors de mes premières dissections dans un hôpital, sur un cadavre dont je n'avais pas suivi la maladie, l'œsophage desséché et cartilagineux dans presque toute son étendue, terminé inférieurement, au-dessus du cardia, par un anneau de même densité, mais avec plus de relief. » Des faits analogues sont rapportés par Morgagni et par Sanson.

La dégénérescence osseuse n'est qu'un degré plus avancé de la précédente.

Pour donner une idée de l'affection dont nous venons d'énumérer les variétés, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de transcrire l'observation de Gyser, telle que M. Mondière la donne.

Obs. *Dégénérescence cartilagineuse de l'œsophage; mort par inanition.*

« Un homme, âgé de cinquante ans environ, qui vivait plutôt pour boire qu'il ne buvait pour vivre, s'était, dans son bas âge, adonné aux liqueurs fortes. Ce goût ne fit qu'augmenter avec les années, au point qu'il lui a été impossible, comme il le disait lui-même, de pouvoir vivre sans sa boisson favorite.

» Vers l'âge de trente-cinq ans, il se plaignit d'une douleur violente vers la région précordiale, et de gêne légère dans la déglutition, mais qui fit des progrès si rapides, que bientôt les liquides seuls purent passer à travers l'œsophage. Tel était l'état du malade, lorsqu'il entra à l'hôpital, où il ne se plaignit jamais que des symptômes dont nous venons de parler. Mais la déglutition devint de plus en plus difficile, et peu de temps après avoir ingéré des aliments, ce malheureux les rejetait avec une grande quantité de mucosités et de fluide salivaire : il périt bientôt d'inanition.

» *Autopsie.* — A l'endroit où la trachée-artère se bifurque, l'œsophage adhérait, à droite et à gauche, à deux glandes bronchiques dures et hypertrophiées. A peu près au milieu de sa longueur existait un anneau cartilagineux qui rétrécissait ce canal, au point qu'il pouvait à peine admettre une petite sonde. » (*Archives de médecine*, t. III, p. 58, 1833.)

LIVRE DEUXIÈME.

MALADIES DE L'ESTOMAC, DES INTESTINS ET DE LEURS ANNEXES.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

ARTICLE PREMIER.

Corps étrangers de l'estomac et des intestins.

Nous décrirons sous ce titre les corps étrangers de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif, moins ceux du rectum, dont nous nous occuperons à l'occasion des maladies de l'anus.

Les corps étrangers du tube digestif se divisent en deux grandes classes : les uns sont animés, les autres inanimés.

Les premiers se subdivisent en ceux qui se développent dans le corps et en ceux qui viennent de l'extérieur. Nous ne traiterons ici que de ces derniers ; les entozoaires ne rentrant pas, à proprement parler, dans ce qu'on est convenu d'appeler corps étrangers, et ayant d'ailleurs été déjà traités. (Voy. *Maladies des enfants*, t. V, p. 625.)

Il ne sera donc question que des corps étrangers venus du dehors, animés ou inanimés. Encore les corps étrangers vivants ne nous arrêteront-ils pas longtemps, en raison de leur rareté et de leur peu d'importance ; nous nous bornerons à rapporter un de ces cas le plus curieux.

Obs. 1. Il a été observé par le docteur Leymann, de Oldendorf. Un berger des environs habitait une cabane, où voltigeaient le soir un grand nombre de chauves-souris. Un de ses enfants s'était endormi la bouche ouverte, et à moitié remplie par un morceau de pain qu'il mâchait quand le sommeil le surprit. Une chauve-souris s'approche de cet enfant, et pénètre brusquement dans sa bouche. Réveillé en sursaut, il la ferme vivement,

et, par un mouvement de déglutition involontaire, la chauve-souris est précipitée dans l'œsophage et de là dans l'estomac. Aussitôt, des douleurs extrêmement aiguës, des efforts de vomissement et des vomissements de sang, accidents qui ne se calment qu'au bout de deux heures. Le médecin resta incrédule au récit des parents, jusqu'à ce qu'après quarante-huit heures, il vit l'enfant rendre par les selles une grosse chauve-souris enveloppée de mucosités sanguinolentes. (Hufeland, *Journal der practisch heilkunde*, février 1833; et *Archives générales de médecine*, 2e série, t. IV, p. 676.)

Les corps étrangers inanimés, les seuls que nous aurons maintenant en vue dans le cours de ce chapitre, peuvent à la rigueur pénétrer dans le tube digestif à travers les parois du ventre : c'est ainsi qu'une balle serait arrivée dans l'estomac d'un blessé de juillet 1830. Mais c'est presque toujours par une déglutition volontaire ou accidentelle que cette introduction a lieu. Hévin a traité ce sujet dans un mémoire plein de faits ; nous y puiserons largement, en adoptant la marche suivie par M. P. Bérard, et rangeant ces corps étrangers en plusieurs catégories.

a. Corps pointus. — Des aiguilles, des épingles, ont été souvent avalées, et il en est résulté des effets variés. Tantôt elles ont cheminé à travers les tissus sans causer de douleur ou d'irritation, et se sont ainsi spontanément éliminées par différents points du corps, par les parois abdominales, par la vessie, par le vagin et jusque par les pieds. Tantôt elles ont déterminé de vives douleurs à l'estomac et aux intestins, et ces accidents n'ont cessé que par l'expulsion du corps étranger par l'anus. D'autres fois elles ont percé l'estomac ou les intestins, enflammé les viscères abdominaux et les parois du ventre, et amené la mort.

En général, les accidents causés par les aiguilles ont une gravité proportionnée au volume du corps étranger. On a vu une grosse aiguille de fer traverser l'estomac et s'enfoncer dans le foie, où elle fut trouvée après la mort.

b. Corps arrondis. — Cette série se compose de noyaux de différents fruits, de cailloux, de balles, etc. ; ces corps étrangers sont ordinairement rejetés sans accidents, excepté lorsqu'ils s'accumulent dans l'intestin. Dans ce dernier cas, il n'est pas très rare de les voir occasionner les symptômes de l'iléus.

c. Corps allongés et tranchants. — Ce sont des couteaux, un affiloir de charcutier, une sonde de fer, une pointe d'épée, une lame de couteau, une alène de cordonnier, une flûte de quatre pouces de long, un rasoir, un couteau renfermé dans une gaîne de neuf travers de doigt de longueur, une épée tout entière préalablement divisée en plusieurs tronçons, des ciseaux, des fourchettes, des cuillères, des lames de fer blanc, etc., etc.

Ces corps étrangers sont tantôt uniques, tantôt multiples.

Voici dans quelles circonstances ces corps étrangers ont été avalés :

Souvent le sujet était atteint d'aliénation mentale; d'autre fois, le corps introduit dans la bouche s'est échappé de la main de celui qui en faisait usage; dans d'autres cas ils ont été violemment introduits par des malfaiteurs dans l'arrière-bouche de quelques malheureux qui se sont ainsi vus contraints d'avaler un couteau ou un autre instrument dont les dimensions étaient considérables. Enfin il s'est trouvé des individus qui se faisaient un jeu d'avaler ces corps étrangers, ou qui, voulant se borner à les cacher dans l'œsophage, les ont involontairement laissé échapper.

Examinons comment se comportent ces corps étrangers volumineux dans le tube digestif.

1° Le corps étranger se présentant dans une direction favorable, sort par le pylore, parcourt les intestins malgré ses dimensions considérables, pour être expulsé par l'anus. Tantôt, cette terminaison s'est fait attendre, le corps ayant longtemps séjourné dans l'estomac et occasionné des accidents opiniâtres ; ce sont, en général, les corps étrangers mousses à leur extrémité qui s'éliminent de cette façon, comme une flûte, un couteau enveloppé de sa gaîne. Cependant des corps pointus, au moins par un de leurs bouts, ont été également expulsés. Voici un fait curieux d'une fourchette avalée et rendue par l'anus quinze mois après :

Obs. 2. « Un officier espagnol avala, le 27 mars 1714, une fourchette de table dont

il se servait pour se nettoyer, avec l'extrémité du manche, la racine de la langue. Cette fourchette, qui lui échappa dans ce moment, se glissa dans l'œsophage, et tomba par son propre poids, dans l'estomac. Ce fut dans ce viscère que les premiers accidents qu'elle causa se firent sentir. Le malade souffrait une douleur sourde accompagnée de pesanteur; ces premiers symptômes durèrent pendant un mois : il se plaignait ensuite d'une envie de vomir, et d'une douleur plus sensible à l'estomac; il paraît que ce fut dans le temps de ces derniers accidents que la fourchette se présenta à diverses reprises, au passage du duodénum, car la pesanteur se fit sentir dans la suite plus profondément et d'une manière plus obscure.

» La douleur continua quelque temps en différents endroits du ventre: le malade avait quelquefois envie de vomir, et dans d'autres temps des épreintes et des ténesmes suivis de quelques déjections. Il lui survint ensuite une douleur fixe et considérable dans la région iliaque gauche ; cette douleur dura deux mois avec différents accidents qui dépendaient de la lésion de la partie du canal intestinal où la fourchette se trouvait embarrassée et que l'on pouvait juger être l'iléon. Entre ces accidents, il y en a eu un qui inquiéta plus que les autres : ce furent quelques filets de sang qui parurent dans les selles du malade, et qui donnèrent lieu de craindre à M. Legendre, qui le voyait pour lors, que les dents de la fourchette ne se fussent engagées dans les membranes des intestins; mais deux mois après le corps étranger changea de situation, et ne causa pendant beaucoup de temps que des douleurs supportables; elles se firent ensuite sentir vivement dans la région iliaque droite, ce qui fit soupçonner que le corps étranger était arrêté dans le cœcum. La fièvre devint considérable, le pouls était petit, les déjections étaient mêlées de sang et de diverses matières; aucun remède ne put calmer un moment ces accidents. Le malade devint abattu, décharné et fut réduit à l'extrémité; enfin la fièvre et les autres accidents se dissipèrent, cependant le pouls resta serré et petit.

» Le malade reprit alors de l'embonpoint et il se trouva peu de temps après dans son état naturel, à quelques douleurs passagères près, qui répondaient du lombe droit au gauche. Il demeura trois mois dans cet état et souffrait si peu, qu'il crut que sa fourchette était dissoute comme on le lui avait fait accroire pour le consoler ; mais le 20 juin 1725, il ressentit de vives douleurs qui lui répondaient dans l'aine gauche; elles étaient accompagnées de dévoiement et de déjections de matières glaireuses, bilieuses et purulentes. Ces derniers accidents persistèrent jusqu'au 25, qui fut le jour que le malade rendit presque sans douleur le corps étranger par la voie des selles.

» La fourchette, qui était d'argent, sortit noire et raboteuse dans toute son étendue, et comme chagrinée ; elle avait perdu beaucoup de son poids. » (Hévin, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I. p. 517.)

Un cas analogue a été communiqué récemment à l'Académie de médecine ; seulement la destruction chimique de la fourchette, qui était en fer, a été poussée plus loin. Voici ce fait, qui est extrêmement intéressant.

Obs. 3. *Introduction d'une fourchette en fer dans l'estomac; accidents peu graves déterminés par ce corps étranger ; expulsion d'une portion assez considérable de ce corps après vingt mois et vingt-quatre jours de séjour dans le tube gastro-intestinal; cessation de tout symptôme abdominal.* — Fait observé par M. J.-B.-S. Chemin, médecin à Saints (Seine-et-Marne).

« Le 15 mai 1847, je suis appelé pour donner mes soins à M. Houé, âgé de trente-deux ans, cultivateur, habitant la commune de Beautheil.

» En cherchant à retirer un os de veau arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ce jeune homme me dit avoir avalé une énorme fourchette en fer étamé, pareille à celle que je joins à mon observation. (Elle a 25 centimètres de longueur sur 3 ou 4 de largeur au niveau du pavillon et des dents.)

» Cet os à peine avalé, la déglutition devient très difficile. M. Houé éprouve de suite une vive douleur à la partie moyenne du sternum, un sentiment de piqûre et

une gêne extrême dans cette région. (Respiration anxieuse.)

» M. Houé s'empresse alors de prendre une fourchette qu'il introduit vivement dans l'œsophage avec l'intention, dit-il, de retirer l'os ou de le faire descendre.

» Cette opération lui occasionna d'abord des nausées, puis de si grands efforts de vomissements, que dans son trouble il lâche la fourchette, qui, après quelques mouvements de déglutition, tombe immédiatement dans l'estomac.

» A mon arrivée M. Houé ne souffre plus, mais il est extrêmement alarmé de sa position. Il se croit à la veille de sa mort. Il fait son testament, et part pour Paris avec l'espoir qu'on pourra peut-être lui retirer cette fourchette.

» Il s'adresse à M. Velpeau.

» Ce célèbre praticien s'empresse de le rassurer. Il voit encore un autre praticien, qui lui tient le même langage; puis il s'en retourne chez lui dans de bonnes dispositions morales.

» Aussitôt après son retour, il me fait demander. Je le trouve moins alarmé. Cependant il éprouve des souffrances intolérables, surtout après avoir pris quelques aliments ou un peu de boisson. Il a de temps à autre envie de vomir; l'eau lui vient souvent et abondamment à la bouche. La fourchette alors se trouve placée dans le grand cul-de-sac, les dents tournées du côté gauche.

» Elle reste quinze jours dans la même position, puis se dirige vers le pylore, où elle séjourne près de quatre mois.

» Pendant tout ce temps, vomissements noirs plusieurs fois par jour; la bouche est continuellement remplie d'un liquide aqueux; souffrances excessivement vives et incessantes; épigastre très sensible; pouls normal, langue humide; appétit nul, tiraillements d'estomac; impossible de supporter la moindre nourriture; digestion pénible des liquides.

» Enfin le corps étranger franchit le pylore et parcourt en six semaines l'intestin grêle pour s'arrêter pendant treize mois dans le flanc droit, au milieu de la valvule iléo-cœcale.

» Pendant le trajet de la fourchette dans les petits intestins, les souffrances en général deviennent vives et intermittentes; impossibilité de se coucher sur le côté. La marche et les plus petits mouvements réveillent les douleurs et font éprouver un sentiment de piqûre semblable à des aiguilles. Le matin M. Houé, en se palpant le ventre, sent parfaitement la fourchette avec la main; difficultés très grandes d'aller à la garde-robe,

» Après un séjour de cinq mois dans le côté droit, la fourchette commence à se dissoudre.

» Alors M. Houé éprouve de fortes coliques et rend des matières noires et briquetées. Constipation continuelle; gargouillement; abdomen ballonné et très sensible; douleurs aiguës dans les hypochondres; coliques violentes; dégoûts, maux de tête, insomnie; pouls naturel; émission de l'urine fréquente et douloureuse, engorgement du testicule droit.

» Puis, pendant les huit autres mois, constipation et diarrhée intermittente; coliques moins violentes, matières stercorales noirâtres; ventre sensible; soif vive. (M. Houé, ne consultant que son goût, boit cinq ou six litres de vieux vin de Brie par jour, et le matin à jeun 30 grammes d'anisette pour combattre les vents.) Appétit très grand; besoin de manger incessant (2 ou 3 kilogrammes d'aliments par jour; encore le malade ne satisfait pas complétement son appétit).

» Cependant il reprend peu à peu ses travaux de labour, recouvre toutes ses forces, et charge seul des pièces de vin sur des chariots.

» Vers le 10 décembre 1848, M. Houé éprouva de si violentes coliques, une telle défaillance, qu'il pensa en mourir.

» Je suis appelé de nouveau. A mon arrivée, je trouve le ventre tendu; une douleur sourde et profonde se fait ressentir dans la fosse iliaque droite. Constipation opiniâtre depuis quelques semaines. Du reste, langue humide, pouls normal, langue halitueuse.

» Après une prise de 60 gramm. d'huile de ricin, qui lui fait rendre une grande quantité de matières stercorales, M. Houé se sent soulagé à l'instant même.

» A partir de cette époque il ne souffre plus, ne sent plus rien, se croit enfin débarrassé de sa fourchette, et continue à se livrer à ses occupations ordinaires.

» Enfin le 8 février 1849, vingt mois après avoir avalé la fourchette, M. Houé éprouve tout à coup des douleurs lombaires, un certain frémissement dans le bassin, une pesanteur sur le fondement, puis l'envie d'aller à la garde-robe.

» Efforts d'expulsion, selles copieuses, composées de matières fécales et mêlées de sang, dans lesquelles M. Houé trouve un énorme morceau de fourchette. C'est la portion qui se trouve comprise entre le pavillon et la partie sur laquelle sont implantées les dents.

» Aujourd'hui ce jeune homme se porte parfaitement et n'éprouve plus aucune gêne.

» Le traitement a consisté en tisane de graine de lin, cataplasmes et lavements émollients, bains de siége et laxatifs, huile de ricin. » (*Gazette des hôpitaux*, t. I., 3e série, 7 juin 1849.)

Selon M. P. Bérard, cette expulsion s'explique par cette circonstance heureuse, que l'extrémité mousse du corps étranger se présente la première au pylore.

2° Le corps étranger reste dans l'estomac, sans y déterminer d'accidents jusqu'à la mort de l'individu survenue par une autre cause; ce sont alors des corps étrangers à surface peu irritante, comme des fragments de bois peu aigus, par exemple.

3° Le corps étranger reste dans l'estomac, l'enflamme, les digestions sont troublées, la constitution se ruine, et le malade meurt dans l'épuisement.

4° Le corps étranger, après avoir franchi le pylore, ou avoir traversé, grâce à l'inflammation adhésive, les parois de l'estomac ou de l'intestin, se fait jour par quelque point de la paroi abdominale, le plus souvent dans la région inguinale.

Ordinairement, c'est un abcès unique qui amène ainsi le corps étranger du dehors, abcès qui peut se fermer et se rouvrir plusieurs fois avant l'élimination définitive du corps étranger. Mais il n'en est pas toujours ainsi; le corps étranger peut, le long de son trajet dans le tube digestif, amener plusieurs abcès avant son élimination définitive par un dernier foyer purulent.

Obs. 4. « Un homme avala une arête de poisson qui descendit dans son estomac sans lui causer beaucoup de douleurs; mais quelque temps après il sentit des élancements fort vifs autour de l'ombilic, principalement du côté droit : ces élancements durèrent plus d'un mois; et il se forma, dans cet endroit, une tumeur qui disparut par l'application de quelques cataplasmes; un mois après il lui vint à l'aine droite un abcès qui perça de lui-même. Un chirurgien que le malade appela alors voulut dilater l'ouverture de cet abcès qui était trop petite pour procurer aux matières une issue suffisante; le malade ne put se résoudre à cette petite opération, et le chirurgien se contenta de le panser avec de l'éponge préparée pour dilater l'orifice de l'ulcère. Le quatrième jour de ces pansements, il vit, en retirant le morceau d'éponge, un corps dur qui se présentait à l'ouverture; il le tira avec les pincettes: c'était une arête de poisson de la longueur du doigt. Ce chirurgien aperçut dans les pansements suivants, que le pus que l'abcès fournissait en abondance venait du côté de l'ombilic; il insista de nouveau pour faire une dilatation, mais le malade s'y opposant toujours, il l'abandonna, et l'ulcère resta fistuleux.

» Environ quatre ans après le malade appela un autre chirurgien qui examina la maladie et se fit instruire du passé. Le peu de courage qu'il reconnut dans son malade et l'état du mal le déterminèrent à demander M. de Garengeot en consultation. Ce consultant introduisit dans le trou fistuleux, qui était placé au-dessus de l'épine intérieure et supérieure droite de l'os des iles, un stylet qu'il conduisit facilement jusqu'à la racine de la verge; et il reconnut, tant avec le stylet qu'avec les doigts, que la glande de l'aine droite était gonflée et squirrheuse. M. de Garengeot déclara au malade que le seul moyen de le guérir radicalement était d'ouvrir la fistule dans toute sa longueur, c'est-à-dire depuis le trou fistuleux jusqu'à la racine de la verge, et qu'il fallait saisir la glande de l'aine avec une érigne, la disséquer, et l'emporter entièrement.

» Quelques jours après le chirurgien fit l'opération en présence de M. de Garengeot : la glande était de la grosseur d'une aveline et d'une dureté squirrheuse. l'ulcère fut cicatrisé environ un mois après.

Il est à présumer, conclut M. de Garengeot, que l'arête a attiré une inflammation à quelque endroit de l'iléon, que cette inflammation aura occasionné l'adhérence de cet intestin avec le péritoine dans la région ombilicale, que par le moyen de la suppuration qui est survenue l'arête aura passé de l'intestin dans les graisses, et qu'elle sera ensuite descendue dans l'aine droite, en suivant la route de la matière qui se fit jour dans cette partie.

» Si l'on eût soupçonné que la tumeur qui parut d'abord à l'ombilic était causée par un corps étranger, on aurait pensé à l'ouvrir pour tirer ce corps, et par cette opération on aurait prévenu le second abcès qui a dégénéré en fistule, et qui n'a été guéri, après bien du temps, que par une opération plus considérable que n'aurait été la première que le chirurgien avait proposée. » (Hévin, *Mémoires de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 566.)

5° Le corps étranger détermine l'inflammation ulcérative de l'estomac; il s'engage en partie au travers de ses parois, et les choses en sont là au moment où le malade meurt.

6° Le corps étranger perfore l'estomac en même temps que des adhérences se sont établies entre ce viscère et les parois de l'abdomen; un abcès se montre dans l'hypochondre gauche, et le corps étranger sort avec le pus, ou l'extraction en est faite à l'aide d'une incision.

7° Enfin, il est arrivé qu'au lieu d'abandonner le corps étranger aux seuls efforts de la nature, on l'a retiré par la gastrotomie.

Il faudrait une statistique reposant sur des faits nombreux pour pouvoir apprécier le rapport de fréquence de ces diverses terminaisons; heureusement que la solution de ce point de la science importe assez peu à la pratique.

Nous avons indiqué la *marche* variée et les principaux symptômes, également fort inconstants de ces corps étrangers; nous n'y reviendrons pas.

Quant au *diagnostic*, il se tire des renseignements que donnent le malade ou ceux qui l'approchent. Il est ordinairement assez facile, quant à la présence du corps étranger dans le tube digestif, en général; le point précis de son siége est plus difficile à reconnaître : la douleur, quelquefois la tuméfaction, la saillie ou la dureté produite par le corps étranger serviront de guide à cet égard. Si l'on doutait de la descente du corps étranger de l'œsophage dans l'estomac, le cathétérisme pourrait lever la difficulté. Pour juger s'il est passé de l'estomac dans l'intestin, on manque de cette ressource, et l'on est réduit à s'en rapporter aux symptômes proprement dits.

Le *pronostic* est très variable, et il se trouve implicitement compris dans ce qui précède.

Traitement. — La thérapeutique chirurgicale offre ici bien peu de ressources. Elle se borne à favoriser le passage du corps étranger dans le duodénum et dans le reste de l'intestin par des potions huileuses et mucilagineuses.

Si, après l'introduction d'un corps piquant ou tranchant dans l'estomac, il vient à se déclarer un travail inflammatoire dans un point de l'hypochondre ou dans une autre région de l'abdomen, il faut combattre l'inflammation; et si un abcès se forme, on pratique à la tumeur une incision assez grande pour donner issue au corps étranger.

« Il ne peut y avoir divergence d'opinion parmi les auteurs sur la convenance de ce précepte; mais il n'en est pas de même touchant l'opportunité de la gastrotomie pour les cas où un corps étranger volumineux ayant été introduit dans l'estomac et occasionnant des accidents graves, ce corps n'a cependant pas fait naître à l'extérieur cette tuméfaction inflammatoire, indice de l'adhérence contractée entre l'estomac et les parois abdominales.

» Faut-il dans ce cas se résigner à l'expectative? Mais on sait que souvent la mort a été le résultat de cette conduite. Faut-il se hasarder à ouvrir le ventre, à attirer l'estomac entre les lèvres de la plaie, à l'inciser, enfin, pour extraire le corps étranger? Mais c'est là une opération des plus graves. Et d'ailleurs, que de reproches n'aurait-on pas à se faire si le corps étranger était déjà passé de l'estomac dans le duodénum! Je crois néanmoins que si ce corps était assez volumineux pour qu'on pût supposer qu'il est encore dans l'estomac, assez irrégulier pour qu'on pût crain-

dre les effets de son séjour dans ce viscère, il faudrait suivre l'exemple hardi donné par quelques praticiens qui, bien que n'ayant pas vécu dans ce temps où l'on se flatte d'avoir posé des limites que l'audace des chirurgiens ne pourra franchir, n'en ont pas moins mis à exécution avec succès une des opérations les plus hardies dont l'art de guérir ait à se glorifier. » (P.-H. Bérard, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XII, p. 321.)

Hévin établit sur la terminaison heureuse d'un grand nombre de plaies de l'estomac l'indication de la gastrotomie, lorsque le corps étranger séjourne dans ce viscère en déterminant des accidents graves. Il s'appuie, d'ailleurs, plus directement sur plusieurs succès qui ont couronné cette opération. Nous allons rapporter ces quelques exemples.

Obs. 5. « Un paysan prussien, qui sentait quelques douleurs d'estomac, s'enfonça fort avant dans le gosier un manche de couteau pour s'exciter à vomir; ce couteau, qu'il ne tenait que par le bout de la lame, lui échappa des doigts et glissa dans l'œsophage, où il resta pendant quelque temps, et causa beaucoup de douleur. Effrayé du danger où il se trouvait, le malade voulut essayer de faire sortir ce couteau en se faisant tenir la tête en bas; mais voyant que cette tentative était inutile, il but beaucoup de bière qui fit descendre le couteau dans son estomac.

» Ce paysan fut encore plus inquiet de son état; il consulta tous les médecins et chirurgiens de Kœnigsberg. Le résultat de ces consultations fut que, pour prévenir les accidents fâcheux auxquels il était exposé, il fallait faire une incision aux téguments du ventre et à l'estomac, pour retirer le corps étranger. Le malade était jeune et résolu à tout souffrir pour se délivrer du péril où il était. Il fut, dit-on, préparé à l'opération par une douce purgation et par l'usage des remèdes huileux et balsamiques : on lui appliqua à la région de l'estomac un emplâtre d'aimant, et l'on choisit Daniel Schwaben, chirurgien lithotomiste, pour faire cette opération : ce fut environ un mois et demi après que l'accident fut arrivé.

» On lia le malade sur une planche, on marqua avec de l'encre le lieu où devrait se faire l'incision : ce fut du côté de l'hypochondre gauche. On fit une ouverture longitudinale de l'étendue de deux doigts; on ouvrit d'abord la peau, les muscles et le péritoine. L'estomac ne se présenta pas lorsque cette incision fut faite, parce qu'il était fort affaissé; le chirurgien l'accrocha avec une aiguille courbe et le tira vers lui; le couteau s'approcha aussi, et l'on apercevait facilement la pointe à travers les membranes de l'estomac. Il fit une incision à l'endroit où elle paraissait, et retira promptement ce couteau, qui avait dix pouces de longueur.

» Ceux qui rapportent cette histoire disent qu'aussitôt que le couteau fut tiré, les bords de la plaie de l'estomac se rapprochèrent exactement, qu'on réunit la plaie des téguments avec cinq chevilles ou agrafes, qu'on y fit couler quelques gouttes de baume d'Espagne, et qu'on y appliqua dessus un défensif. Le malade observa un régime fort sévère; il usa de boissons vulnéraires et balsamiques, et de quelques lavements anodins et émollients; il ne lui survint presque point d'accidents, et il fut parfaitement guéri en très peu de temps. On garde le couteau à la Bibliothèque électorale de Kœnigsberg, où l'on voit aussi le portrait du paysan à qui l'accident est arrivé. »

Obs. 6. « Cet exemple n'est pas unique, on en trouve plusieurs dans les observateurs. Crollius dit avoir vu, à Prague, un paysan qui, en jouant dans un cabaret, avala un couteau de neuf pouces de long; la pointe s'étant tournée un peu au-dessus du fond de l'estomac du côté gauche, et le manche vers l'épine du dos. Deux mois après ce funeste accident, ce couteau fut retiré avec succès par une incision qui fut faite à l'estomac par Florian Mathis, premier chirurgien de l'empereur. Le malade fut rétabli fort promptement, sans qu'il lui restât la moindre incommodité. »

Obs. 7. « On rapporte, dans les *Éphémérides d'Allemagne*, qu'une femme prussienne eut aussi le malheur d'avaler un couteau de la longueur de sept pouces, qu'elle s'était introduit dans le gosier pour se faire vomir : la pointe, par laquelle elle tenait ce couteau, lui glissa des doigts et il resta piqué au haut du palais; elle voulut en vain le retirer, il s'enfonça de plus

en plus dans l'œsophage, et tomba dans l'estomac, où il demeura trois jours sans lui causer presque aucune douleur. Elle ressentit ensuite une douleur piquante, et peu de temps après la pointe du couteau se fit apercevoir, au toucher, du côté gauche : les douleurs, qui augmentaient de plus en plus, déterminèrent cette femme à chercher du secours. Elle s'adressa au docteur Hubner, à Rastembourg, qui, après une mûre délibération, et assuré par un grand nombre d'exemples de plaies d'estomac heureusement guéries, et par quelques opérations semblables qui avaient déjà réussi plusieurs fois, lui fit, le onzième jour, une incision à l'hypochondre gauche, vis-à-vis la pointe du couteau : il trouva que ce couteau avait déjà percé l'estomac, et qu'il avait excité une légère suppuration à la plaie de ce viscère. Ce praticien tira le couteau avec de petites pinces ; la guérison de la malade fut très prompte. » (Hévin, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 595.)

Tous ces exemples, dit Hévin, doivent donc encourager les chirurgiens à faire en pareil cas la même opération ; cependant on doit remarquer que le succès a dû dépendre beaucoup de la partie de l'estomac où on l'a pratiquée ; car il n'est pas douteux qu'il serait fort dangereux d'ouvrir l'estomac à sa partie supérieure ou à son fond, à cause des vaisseaux qui règnent le long de la grande et de la petite courbure de ce viscère. Il faut encore faire attention aux différentes situations que prennent ces courbures, lorsque l'estomac est plein ou vide ; car lorsqu'il est plein, on sait que son fond ou sa grande courbure se présente en devant, et que sa petite courbure se porte en arrière ; que lorsqu'il est vide, ce viscère se ramasse, et que, par conséquent, les vaisseaux des deux courbures se trouvent peu éloignés les uns des autres. Nous croyons qu'il serait à propos, pour éviter les inconvénients qui se trouvent dans ces deux cas, de ne pas faire l'opération lorsque l'estomac est très plein, ni lorsqu'il est entièrement vide.

Il n'y a pas, que nous sachions, de cas où l'on ait ouvert le ventre pour faire l'extraction d'un corps étranger arrêté dans l'intestin ; mais, ainsi que le fait remarquer Hévin, les corps étrangers qui se sont fait jour à travers les parois de ce viscère et les parois de l'abdomen en amenant la guérison du malade, ceux qui sont sortis par une ulcération de l'intestin hernié, et enfin de larges plaies de l'intestin terminées heureusement, sont des encouragements pour entreprendre cette opération. Quant au danger dont elle est susceptible, il est évident que cette opération, que Hévin appelle entérotomie, a la plus grande analogie avec la gastrotomie.

ARTICLE II.

Hernies de l'abdomen.

§ I. Généralités.

« Aucune maladie n'exige plus impérieusement que les diverses variétés des hernies des connaissances anatomiques précises réunies à une grande capacité chirurgicale. Des accidents qui menacent immédiatement la vie surviennent à des moments et dans des circonstances qui ne permettent guère de recourir à l'expérience d'autrui, et réclament une résolution prompte et décisive. Les connaissances anatomiques les plus minutieuses sont souvent nécessaires pour diagnostiquer ce genre de lésions, pendant la seule période de la maladie où la réduction soit encore possible sans opération sanglante ; et lorsque celle-ci est devenue le seul moyen de sauver les jours du malade, le chirurgien a besoin de toutes les ressources de l'intelligence et du savoir pour lutter avec avantage contre les difficultés qui peuvent se présenter. » (A. Cooper, traduction française, p. 156, édit. de Bruxelles.)

Ce passage du chirurgien anglais, qui fait si bien ressortir l'importance de l'étude des hernies, nous impose l'obligation d'en traiter avec soin, et nous indique en même temps les points sur lesquels nous devons insister. Ces lignes, qui commencent son traité des hernies, méritent de se trouver en tête de tout travail qui aura cette affection pour objet.

Nous traiterons d'abord des hernies abdominales en général, abstraction faite de l'ouverture qui leur livre passage, et de l'organe qui les forme. Dans une deuxième section, nous les examinerons suivant l'ouverture par où elles se produisent, et une troisième section serait consacrée aux hernies de chaque viscère de l'abdomen, quel que soit l'orifice par où

elles arrivent au dehors, s'il n'en avait pas été question précédemment. (Voy. *Ovaires*, *Hernies des ovaires*, etc.)

Fréquence des hernies abdominales. — Arnaud pose en fait que le huitième des hommes est affecté de hernies. En Angleterre, sur une levée de 1,000 soldats de seize à quarante ans, il a trouvé 90 hernieux. Arnaud ajoute que si l'on comprenait dans cet examen tous les âges jusqu'à quatre-vingts ans, la proportion s'élèverait à un septième.

L'Académie de chirurgie s'étant un peu plus tard occupée de cette question, Louis fit porter ses recherches sur les deux sexes et trouva :

A la Salpêtrière : sur 7,027 femmes, 220 hernies ou 3 sur 100, ou 1 sur 33.

A Bicêtre, sur 3,800 hommes, 212 hernies, ou 6 sur 100, ou 1 sur 16.

Aux Invalides, sur 2,600 soldats, 155 hernies, ou 7 sur 100, ou 1 sur 15.

A la Pitié, sur 1,037 sujets, 21 hernies, ou 2 sur 100, ou 1 sur 50.

Juville, qui était fournisseur de l'armée française, calcula qu'il y avait en France une hernie sur 30 hommes. Plus tard, la Société des bandagistes de Londres a trouvé la proportion de 1 sur 15 pour les deux sexes pris ensemble. Les docteurs Knox et Marshall ont obtenu un chiffre plus fort qui varierait pour le dernier observateur entre un trente-deuxième et un cinquantième. Et, en effet, M. Malgaigne a établi qu'en France il y avait 1 hernieux sur 40 individus. (*Annales d'hygiène publique*, Paris, 1840, t. XXIV, p. 5 et suiv.)

Causes des hernies abdominales. — A. *Causes prédisposantes.* — *a. Sexe.* — Les hernies sont quatre fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Louis, la Société des bandagistes de Londres, et M. Malgaigne, sont à peu près d'accord à cet égard, et les légères différences qui les séparent peuvent très bien être rapportées au hasard.

b. Age. — Dans la première année qui suit la naissance, M. Malgaigne a trouvé que la proportion des hernies est d'un cinquante-deuxième, terme moyen, variable pour les deux sexes, d'un trente-huitième pour les garçons et d'un soixante-deuxième pour les filles. Le sexe féminin est beaucoup plus sujet aux hernies dans cette première année que dans celles qui suivent, même pour toutes les autres époques de la vie prises ensemble. (Malgaigne.)

Cette proposition, en apparence paradoxale, s'explique pourtant aisément. Il s'agit, en effet, surtout ici, des hernies inguinales et exomphales. Pour les dernières, aucun des sexes n'offre de prédispositions spéciales. La descente du testicule cause seule la plus grande fréquence de la hernie inguinale chez les garçons.

M. Malgaigne, à qui nous empruntons ces résultats, poursuit ainsi l'examen de l'influence de l'âge :

« De un à deux ans, la proportion baisse beaucoup, mais plus encore de deux à cinq ans, et nous verrons plus tard que cette baisse n'est pas en accord avec les pertes subies par la population ordinaire de cet âge. De cinq à treize ans, la décroissance continue, à peu de chose près, d'une égale manière pour les deux sexes, et notez surtout que c'est l'époque comprise entre huit et neuf ans qui fournit le moindre nombre de hernies ; il semble que là s'arrêtent les hernies du premier âge, et que de nouvelles causes vont agir ensuite pour produire des hernies nouvelles ; à partir de treize ans surtout, l'augmentation est sensible, mais jusqu'à la vingtième année elle porte presque exclusivement sur le sexe masculin. Peut-on se rendre compte de ce curieux résultat? Je le pense. En effet, jusque vers l'âge de dix à treize ans, les jeux de l'enfance sont les mêmes pour les deux sexes ; les mêmes exercices doivent donc les prédisposer à des chances égales de hernie. Le contraire s'observe au-dessus de dix ans. En effet, ces jeux changent ; ils deviennent plus violents, en quelque sorte. Pour les garçons, dans la classe aisée, ce sont l'équitation, les sauts, l'essai de la force en soulevant des fardeaux ; dans les classes ouvrières, les débuts pénibles d'un rude apprentissage dans une profession qui exige des efforts musculaires ; opposez à ce tableau celui des habitudes dans lesquelles notre système d'éducation élève les jeunes filles, et l'on concevra que la vie retirée et sédentaire de celles-ci les expose beaucoup moins aux hernies.

» Mais arrivons à vingt ans : de là jusqu'à vingt-huit ans l'accroissement est

marqué, mais plus peut-être chez les femmes que chez les hommes. Alors, surtout chez les premières, se montrent les exomphales accidentelles et les hernies crurales, excessivement rares avant cet âge, si rares, que pour ma part je n'en ai encore vu qu'un exemple : c'est qu'alors la femme est mariée ; les phénomènes de puberté, de menstruation, et surtout de grossesse, agissant particulièrement sur les dispositions matérielles du bassin et de ses parties molles, préparent tout aussi bien la dilatation des ouvertures crurales et celle des ouvertures inguinales ; de même ils déterminent l'élargissement de la ligne blanche, l'écartement des muscles droits de l'abdomen. De là les prédispositions nouvelles, et communes à cet âge, à ces diverses espèces de hernies qui se montrent en quelque sorte en concurrence l'une de l'autre.

» Le résultat total des chiffres montre un accroissement de hernies d'un quart chez les hommes ; il est du double chez les femmes ; et ces changements, coïncidant avec la diversité des âges et la diversité des causes probables que nous avons signalées, sont de nature à frapper l'attention de l'observateur.

» Allons plus loin. De vingt-huit à trente ans, toujours accroissement de hernies, et surtout chez les femmes. Ne pourrait-on pas s'en prendre à cette circonstance : à l'augmentation des pelotons graisseux voisins des ouvertures herniaires du bas-ventre, lesquels s'y engagent souvent et préparent la voie ? Ajoutez à cela que la femme est généralement plus riche en embonpoint, c'est-à-dire en éléments adipeux.

» De trente à trente-cinq ans, les choses restent à peu près au même état, le nombre des hernies est stationnaire.

» Mais alors la seconde jeunesse est finie, l'âge viril commence, et va amener à son tour de remarquables résultats. De trente-cinq à quarante ans, la progression numérique marche et se double presque chez les deux sexes ; elle est même supérieure à celle des années suivantes. De quarante à cinquante ans, en effet, le nombre des hernies diminue un peu chez les hommes, mais une prédominance marquée reste chez les femmes. Ainsi de la naissance à un an, elles offraient moitié du chiffre des hernies de l'autre sexe ; de un à quatre ans la proportion descendait au quart, puis bien plus bas encore, et elle ne remontait au quart que vers l'âge de trente-cinq ans. Enfin, de quarante à cinquante ans, elle atteint jusqu'au tiers, mais c'est la proportion la plus forte, et à partir de cinquante ans elle ne fait plus que décroître.

» D'où vient ce grand accroissement à cette époque de la vie des femmes, et d'où vient que passé cinquante ans il ne se soutient pas ? Notez qu'il y a ici une coïncidence remarquable avec l'âge critique, c'est-à-dire cet âge où la femme, cessant de remplir les fonctions pour lesquelles elle a été créée, passe rapidement de la maturité à une vieillesse anticipée. Elle ressent donc bien plus tôt que l'homme les effets de la détérioration de l'organisme ; de là plus de faiblesse dans les parois abdominales, et une plus grande prédisposition aux hernies. Que si passé cinquante ans, le nombre de ces affections paraît décroître, ce n'est pas le défaut de production qu'il faut accuser, mais la disparition plus rapide de la population hernieuse du sexe féminin. Chez l'homme, plus robuste et doué d'une vitalité plus résistante, ce n'est que beaucoup plus tard que la mortalité est assez forte pour ne plus être marquée par la production des hernies nouvelles ; mais cette vérité n'apparaîtra dans tout son jour que quand nous aurons étudié le chiffre des hernies en rapport avec celui de la population de chaque âge. Toutefois, de cinquante à soixante-dix ans, le nombre général des hernies reste à peu près stationnaire ; mais de soixante-dix à quatre-vingt ans il baisse de moitié pour les hommes, des deux tiers chez les femmes. » (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 14.)

c. *Richesse et pauvreté.* — D'après M. Malgaigne, la pauvreté prédispose aux hernies, et l'aisance moins que la richesse, par cette raison sans doute que l'aisance n'exclut pas le travail, et que le travail, développant le système musculaire, renforce ainsi les points qui cèdent dans la production des hernies.

d. *Climat.* — Les résultats qu'on a publiés sous ce rapport ne nous semblent pas reposer sur des bases assez précises pour inspirer une confiance entière ; heu-

reusement c'est un point peu important.

e. Hérédité.—Sur 316 hernies, M. Malgaigne en a trouvé 87, plus d'un tiers, qui semblent reconnaître cette influence. Il a aussi remarqué que l'hérédité faisait surtout sentir son action dans le premier tiers de la vie. A. Cooper cite un cas bien concluant en faveur de la réalité de cette cause prédisposante.

Un homme alla le consulter avec ses deux fils. Tous trois étaient affectés de hernie. Le père avait une hernie inguinale droite, le fils aîné une hernie ombilicale, et le plus jeune une hernie ventrale située entre l'ombilic et le cartilage xyphoïde, et dépendant d'une défectuosité de la ligne blanche. Le grand-père et le bisaïeul, dans la même famille, avaient été atteints d'une hernie inguinale, déterminée chez tous deux par de violents efforts.

f. Taille. — Une taille élevée prédispose évidemment aux hernies.

g. Faiblesse de la constitution. — « La cause prédisposante la plus générale est la débilité de la constitution, qui, donnant lieu à un relâchement de la fibre, entraîne une dilatation des ouvertures à travers lesquelles passent les vaisseaux, et ouvre ainsi un passage aux intestins. La même cause agit aussi en allongeant les moyens d'attache de ces organes, en augmentant par là leur mobilité, et par conséquent leur disposition au déplacement. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, trad. franç., p. 172.)

On appréciera toute l'importance de cette cause, si l'on considère qu'outre la faiblesse notoire de la constitution, un grand nombre de circonstances accidentelles peuvent annoncer cet affaiblissement et ses conséquences, c'est-à-dire les hernies. Une maladie grave, par l'amaigrissement des muscles et par l'absorption du tissu adipeux, qui concourt à oblitérer les orifices herniaires, amène trop fréquemment ce résultat.

La grossesse, et surtout l'hydropisie terminée par la guérison, agissent de la même manière et de plus par un relâchement des parties qui suit leur distension excessive. A. Cooper, qui a très bien étudié l'étiologie des hernies, parle en ces termes de l'influence de la vieillesse :

« Le relâchement général que produit la vieillesse dispose tellement à cette maladie que je n'ai vu qu'un petit nombre de vieillards qui n'en fussent pas atteints. Depuis que je me suis proposé de publier cet ouvrage, je n'ai négligé aucune occasion de me procurer des exemples de cette affection ; et en disséquant des cadavres de vieillards, j'ai rarement manqué de rencontrer une hernie, soit inguinale, soit fémorale. Mais, je dois le dire, les sujets que j'ai examinés étaient pour la plupart des vieillards qui avaient été obligés de travailler pour vivre à un âge où les forces ne permettent plus d'exécuter de travaux pénibles. » (A. Cooper, p. 174).

Ces remarques sont parfaitement justes, surtout avec les considérations restrictives qui les terminent.

Mais le chirurgien anglais attribue à l'alimentation liquide une influence que nous contesterons, en ce sens qu'elle serait due à l'état liquide plutôt qu'à l'insuffisance de ce régime, qui est d'ailleurs celui de la classe pauvre et laborieuse de Londres.

Lawrence parle d'un émigré français qui, arrivé plein d'embonpoint en Angleterre, y maigrit rapidement par suite du changement survenu dans sa table, et vit une hernie apparaître à chaque aine.

Les climats chauds, en relâchant les tissus, prédisposent aussi aux hernies. A Malte, par exemple, et en Egypte, ces affections seraient très fréquentes. Sir Robert Wilson, qui a observé dans ce dernier pays, a été frappé de ce fait, à l'appui duquel il rapporte un cas curieux et vraiment extraordinaire, même sous le climat où il a été recueilli. C'est celui d'un homme qui avait le ventre tellement pendant depuis l'ombilic, qu'il descendait jusqu'au coude-pied. La peau qui enveloppait cette énorme hernie était bleuâtre et si mince qu'il semblait qu'à tout moment elle dût se rompre. Le volume de la tumeur dépassait de beaucoup celui de la panse d'un bœuf. La santé, d'ailleurs, était bonne, et le malade se promenait çà et là, en mendiant son pain.

Dans certains cas, il y a une faiblesse native toute locale d'un orifice herniaire : c'est ainsi que A. Cooper a signalé l'absence des fibres supérieures de l'anneau inguinal, et l'élargissement transversal de

cette ouverture. Cette défectuosité, contestée par M. Malgaigne, est pour le chirurgien anglais une condition anatomique qui explique souvent l'hérédité de la hernie.

Il est des cas où ces causes prédisposantes semblent produire la hernie sans le secours des causes efficientes. Ainsi, Richter dit :

« Je connais un savant qui mène une vie sédentaire et auquel, il y a quelque temps, il survint inopinément une hernie inguinale. Je lui appliquai un bandage, et quelques semaines après il se manifesta une semblable hernie du côté opposé; je lui fis faire un bandage pour cette nouvelle hernie; mais il lui survint bientôt après une hernie crurale. J'ai observé plusieurs cas semblables, et j'ai vu de cette manière un homme être attaqué, en très peu de temps, de quatre et même cinq hernies, sans que je pusse découvrir la moindre cause occasionnelle. Cependant, j'ai toujours vu ces hernies se former dans les personnes d'un certain âge, et principalement dans celles qui avaient eu de l'embonpoint et l'avaient perdu. » (Richter, *Traité des hernies*, trad. française de Rougemont, p. 9, in-4.)

Ces remarques de Richter sont très justes, et méritent de fixer l'attention. On comprend en effet qu'une fois que l'orifice hernié se trouve comme dégarni et béant, l'intestin y passe presque de lui-même. Au courant de ce fait, le chirurgien peut prévenir aux autres ouvertures d'autres hernies imminentes; pour cela un bandage suffit.

Il y a, en quelque sorte, une faiblesse ou plutôt un affaiblissement brusque des parois abdominales qui amène le même résultat, mais plus immédiatement; c'est une rupture traumatique des couches profondes de ces parois. La hernie peut être, en effet, la suite immédiate d'un coup. Un malade alla consulter A. Cooper pour une tumeur qui s'était manifestée dans l'aine après une chute de cheval, en chassant. Il était tombé sur le poteau d'une porte, qui avait heurté l'aine. Il y eut à l'instant une forte douleur, et apparition d'une tumeur qui n'était autre chose qu'une hernie. Un jeune Américain éprouva le même accident à la suite d'un coup de pied que lui donna son maître d'école. Dans ces deux cas, la hernie n'était point oblique; mais elle dépendait, d'après A. Cooper, de la déchirure du petit oblique et du transverse. Plusieurs autres chirurgiens ont rencontré de ces hernies. Il peut arriver qu'elles se forment sous l'influence d'un coup, sans que la peau présente aucune trace de violence extérieure. (Malgaigne.)

Selon Richerand (*Nosographie*, t. III, p. 39), les cicatrices des plaies pénétrantes de l'abdomen exposent presque toujours aux hernies, si on ne les prévient par un bandage.

h. Augmentation du volume des viscères. — A. Cooper, qu'il faut citer à chaque pas quand on écrit sur les hernies, reconnaît à cette affection une autre cause prédisposante à la fois et déterminante, qui ne réside plus dans les parois, mais dans les viscères qui, prenant un développement trop rapide, forcent un point de l'enceinte qui les renferme. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« Il est certaines causes de hernie qui portent principalement sur les viscères, et auxquelles les muscles du ventre sont en quelque sorte étrangers. Ainsi, dans un état d'excessive obésité, les viscères, par suite de l'accumulation graisseuse dans l'épiploon et dans le mésentère, acquièrent un volume trop considérable relativement à la capacité de l'abdomen, et sont disposés à s'échapper à travers toutes les ouvertures qui se présentent. Si l'embonpoint survient avec rapidité, il manque rarement de déterminer la hernie, les muscles abdominaux ne pouvant s'accommoder assez promptement au développement du ventre. » (A. Cooper.)

On a dit que, par le même mécanisme, le développement de la matrice par le produit de la conception devenait quelquefois une cause de hernie, en diminuant la cavité du ventre et en refoulant violemment les intestins au dehors. On a aussi imputé le même accident à la distension de l'estomac; mais nous croyons que ces causes, surtout la dernière, sont loin d'être démontrées.

B. *Causes déterminantes.* — Bien que quelques-unes des conditions que nous venons de passer en revue suffisent parfois pour produire les hernies, elles n'ont, en

général, d'effet que par l'intervention de celles qui nous restent à examiner. Ces dernières se résument dans ce fait unique, la pression des viscères contre les parois du ventre. Dès que cette pression l'emporte sur la résistance de la paroi, la hernie a lieu. Toutes les fois que les muscles du ventre se contractent, cette pression existe : habituellement contenue dans les limites physiologiques, elle s'exagère accidentellement, au point de forcer les parties faibles de l'enceinte abdominale. Le plus souvent ce résultat n'arrive, ainsi que nous l'avons dit, qu'après avoir été préparé par une cause prédisposante.

La pression excessive des viscères contre les parois peut avoir lieu dans toutes les variétés de l'effort : ce sont en effet les professions où l'effort est le plus fréquent et le plus énergique. Certaines circonstances de l'effort en favorisent l'action au point de vue de la production de la hernie; ainsi les professions pénibles qui s'exercent dans la station comptent trois fois plus de hernieux que celles qui s'exercent dans l'attitude assise. (Malgaigne.) Les artisans qui ont coutume d'appuyer contre l'abdomen les instruments de leur métier sont sujets à des hernies déterminées par le refoulement des viscères vers les régions inguinales (A. Cooper). Les cris, le chant facilitent ou produisent les hernies. M. Gerdy a remarqué avec raison la fréquence de cette affection sur les porteurs d'eau de Paris, chez lesquels il a souvent rencontré plusieurs et jusqu'à quatre de ces tumeurs à la fois. C'est que, en effet, cette condition de porteur d'eau réunit trois ordres de causes des plus dangereuses : l'effort déployé pour porter son fardeau, l'effort exécuté pour crier, et enfin la station debout. Les secousses du cheval ou de la voiture, celles de la toux, du vomissement, de la défécation, de l'excrétion urinaire rendue difficile, ont également une influence fâcheuse.

Certaines hernies, les inguinales, étant plus fréquentes à droite qu'à gauche, on en a recherché la raison, et M. J. Cloquet en a trouvé une très spécieuse. Suivant ce professeur, chez un homme qui fait un effort debout, le diaphragme s'abaisse, et, en vertu de son inclinaison, ce muscle chasse en bas et en avant les viscères du ventre. Si l'homme se tient droit et ne se contracte pas plus fortement d'un côté que de l'autre, cette impulsion du diaphragme est également reportée vers le centre et les parties latérales; mais si le sujet soulève un fardeau du côté droit, etc., on verra qu'il courbe son corps en sens inverse pour accomplir l'effort qui se passe du côté droit. Les conséquences de cette attitude sont la diminution de la partie latérale gauche de l'abdomen, et l'inclinaison du diaphragme, qui est telle, que les viscères sont repoussés vers l'aine droite : de là la plus grande fréquence des hernies à droite.

« Cette théorie est si simple et si spécieuse, dit M. Malgaigne, que j'en avais été séduit moi-même avant de la soumettre au contrôle de l'expérience. Mais dans la visite même de ce jour vous avez vu plusieurs sujets qui s'étaient fait une hernie du côté gauche en portant un fardeau sur l'épaule droite, et réciproquement; et je suis arrivé même à cette conclusion, toute contraire à la théorie, que le plus grand nombre des hernies inguinales se font du côté où les muscles abdominaux se contractent le plus. Voici, d'ailleurs, des chiffres qui ne sont pas moins défavorables à la théorie de M. J. Cloquet.

» Il avait fort bien vu que si les choses se passaient ainsi, les droitiers devaient avoir leurs hernies à droite, les gauchers à gauche. Or, sur 313 observations de hernies inguinales, j'en ai trouvé 40 venues des deux côtés à la fois; et sur les 273 autres, 171 droites et 102 gauches. D'une autre part, sur un nombre de 182 pris parmi ces mêmes hernieux, j'ai rencontré 160 droitiers, 15 gauchers, et les autres ambidextres; d'où ces proportions qui démentent les prévisions de M. J. Cloquet : 11 droitiers pour 1 gaucher, et cependant moins de deux hernies droites pour une hernie gauche. Nos chiffres démontrent donc la présence d'un grand nombre de hernies gauches, même chez les droitiers. » (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 31.)

Comment donc expliquer la prédominance des hernies droites sur les gauches? On ne saurait invoquer ni le poids du foie, mis en avant par Swencki, ni l'inclinaison du mésentère vers la fosse iliaque droite, inclinaison à laquelle Martin avait pensé;

ces prétendues influences, existant également chez ceux qui ont des hernies gauches, ne peuvent en rien rendre raison de la fréquence plus grande des hernies droites.

« Pour résoudre la question, continue M. Malgaigne, il faut l'examiner sous diverses faces ; et d'abord les causes des hernies congéniales droites ne sauraient être les mêmes que celles des hernies de l'âge adulte. Les enfants sont couchés sur le dos ; les pleurs, la toux, les cris, sont les causes presque uniformes de leurs hernies. Il faut donc, puisqu'elles sont plus communes à droite, qu'il y ait une prédisposition anatomique spéciale de ce côté. Or, il me paraît démontré que cette prédisposition existe par les travaux de Wrisberg et de Camper.

» Le premier, ayant disséqué 102 fœtus à terme, a noté les résultats suivants :

72 avaient dans le scrotum leurs deux testicules.
11 avaient dans le scrotum le testicule droit seulement.
7 avaient dans le scrotum le testicule gauche seulement.
13 n'avaient dans le scrotum ni l'un ni l'autre.

» Ainsi, sur 18 de ces sujets, il y en avait 11 où le trajet de la hernie était frayé à droite, 7 seulement à gauche ; voilà pour l'époque la plus rapprochée de la naissance. Camper a envisagé la question sous un autre point de vue. Sur 70 nouveaux-nés, 63 avaient les deux testicules descendus dans le scrotum. Sur ces 63 :

34 avaient le canal de la tunique vaginale ouvert des deux côtés.
14 avaient le canal de la tunique vaginale ouvert seulement du côté droit.
8 avaient le canal de la tunique vaginale ouvert seulement du côté gauche.
7 avaient le canal de la tunique vaginale fermé des deux côtés.

» Ce retard dans l'oblitération du canal inguinal du côté droit est un fait très singulier en anatomie ; mais il est d'une haute portée en pathologie, et il suffit pour expliquer la plus grande fréquence des hernies à droite. » (Malgaigne, *loc. cit.*, p. 48.)

C'est ainsi que l'auteur que nous venons de citer explique les prédominances des hernies inguinales congéniales du côté droit sur celles du côté gauche. Pour les hernies accidentelles, le problème est plus compliqué. M. Malgaigne ne nous semble pas l'avoir résolu ; c'est encore une question à revoir : heureusement que la solution en est très peu importante pour la pratique.

Caractères anatomiques des hernies abdominales. — *a Siége.* — Ce serait le moment de rappeler, en ce qui concerne les hernies, l'anatomie chirurgicale des parois du ventre, si ce point ne devait pas être plus utilement traité à l'occasion des diverses espèces de l'affection qui nous occupe. Alors les souvenirs auront besoin d'une plus grande précision qu'ici où il s'agit en quelque sorte d'une simple énumération, ou tout au plus d'une indication succincte des différentes espèces de hernies suivant le lieu qui leur livre passage.

1° Les hernies abdominales peuvent se former à l'anneau inguinal en pénétrant ordinairement par l'orifice supérieur du canal de ce nom, quelquefois en déprimant la paroi postérieure, le plus souvent entre les artères épigastrique et obturatrice, exceptionnellement entre ce dernier vaisseau ou le cordon résultant de son oblitération et le bord externe du muscle droit. C'est la *hernie inguinale*, la *hernie scrotale*, le *bubonocèle* et l'*oschéocèle ;* mais la dénomination la plus usitée est celle de hernie inguinale.

2° La hernie peut passer sous l'arcade crurale : *hernie crurale* ou *mérocèle.*

3° Une autre hernie sort par l'ombilic ou par une éraillure du voisinage de cet anneau : *hernie ombilicale, exomphale.*

4° Il y a aussi une *hernie du trou ovale* ou une hernie obturatrice qui se forme par le trou de ce nom.

5° Quelquefois, mais rarement, l'échancrure sciatique livre passage à une hernie qui descend le long du nerf sciatique au-dessous des muscles fessiers : *hernie de l'échancrure sciatique, ischiatocèle.*

6° D'après A. Cooper, une hernie peut passer sous la branche de l'ischion, suivre le trajet de l'artère honteuse interne, et

arriver dans la grande lèvre : *hernie honteuse*, *hernie de la grande lèvre*.

7° Outre ces orifices herniaires, en quelque sorte naturels, en ce que le viscère suit, en sortant de l'abdomen, un trajet presque libre le long des vaisseaux, on voit de ces tumeurs se produire à travers des lacunes de l'aponévrose abdominale à plus ou moins de distance de la ligne blanche : *hernie ventrale, hernie de la ligne blanche*.

8° Une hernie peut se faire jour entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre l'utérus et le rectum chez la femme : *hernie du périnée*.

9° Il arrive que le vagin est repoussé en avant par les intestins engagés entre le rectum et l'utérus; d'autres fois sa paroi antérieure est refoulée en bas par la vessie : *hernie vaginale*.

10° La *hernie diaphragmatique* traverse le muscle qui lui donne son nom par les ouvertures œsophagienne, aortique, ou le long de la veine cave inférieure, et plus habituellement par une éraillure de ce muscle.

11° Il y a encore au bas de la région lombaire, en dehors des muscles de la masse commune, une hernie signalée par J.-L. Petit : *hernie lombaire* ou de *J.-L. Petit*.

Telles sont les hernies abdominales auxquelles leur fréquence et l'ensemble des symptômes impriment, pour ainsi dire, un cachet normal; mais aucun des autres points des parois molles du ventre ne sont exempts de cette affection : ce sont alors des hernies anormales.

A. Cooper appelle encore hernie le passage de l'intestin entre les feuillets du péritoine; de là pour lui les *hernies mésentériques* et *mésocoliques*. Ce sont là de fausses hernies, que nous n'avons indiquées que par respect pour l'autorité du chirurgien et pour signaler l'impropriété du langage qui désigne cette affection.

Dans l'anatomie pathologique des véritables hernies, et ce sont les seules qui doivent nous occuper ici, on distingue le viscère qui se déplace, le péritoine qui l'accompagne au dehors ou le *sac herniaire*, et les tissus placés à l'extérieur de cette portion du péritoine ou les enveloppes de la hernie.

a. Viscère hernié. — Excepté le duodénum et le pancréas, qui sont trop solidement et trop étroitement unis à la colonne vertébrale pour se prêter à de notables changements de situation, aucun des autres viscères abdominaux n'est exempt de hernie. Mais chacun d'eux y est exposé en raison de sa mobilité : ainsi l'iléon et l'épiploon figurent ici en première ligne; viennent ensuite le colon, le cœcum et le jejunum.

La portion de chacun des viscères qui se hernie est très variable : pour l'intestin, par exemple, elle peut se borner à un petit segment de la circonférence, c'est-à-dire à un simple pincement du tube digestif, et elle peut aller jusqu'à former la presque totalité de la masse intestinale. Mais, en général, il n'y a dans la hernie qu'une anse plus ou moins considérable du tube digestif. L'épiploon entre également dans la tumeur, dans une proportion qui est loin d'être la même dans tous les cas.

En se déplaçant, les parties conservent ordinairement entre elles les rapports qu'elles avaient dans l'abdomen. Ainsi l'épiploon est presque toujours situé au-devant de l'intestin, il le précède dans sa chute. Le nombre et le volume des parties déplacées varient infiniment. Une hernie qui n'est pas contenue tend toujours à s'accroître. Il y a des hernies qui ne sont composées que d'une petite portion d'épiploon ou d'un segment de l'intestin; celui-ci est alors seulement pincé par l'ouverture abdominale, tandis qu'il est des hernies qui renferment presque tous les viscères abdominaux.

En changeant de place, en changeant de rapports, les organes subissent des modifications dans leur structure. Quand la hernie n'est pas contenue, les parties qui la forment subissent des altérations nombreuses et remarquables, qu'on attribue aux froissements auxquels elles sont soumises, à la gêne de leur circulation, etc. On voit les plis longitudinaux offerts par l'épiploon au collet du sac se confondre, et l'épiploon prendre une forme cylindrique, un aspect lisse, une consistance ferme, enfin il se transforme en cordon. La partie qui est dans le sac se renfle, s'étale, et forme une espèce de champignon irréductible. L'épiploon, ainsi modifié dans sa forme et sa consistance, conserve or-

dinairement sa nature graisseuse; il peut cependant subir des dégénérescences squirrheuses et encéphaloïdes. Pott l'a vu présenter les duretés, les nodosités et les élancements du cancer, et a constaté à l'autopsie les caractères de cette dégénérescence (*OEuvres chir.*, t. 1, p. 331 et 435). On a vu s'y former des hydatides. L'épiploon déplacé peut subir des déchirures à travers lesquelles passe l'intestin, qui peut s'y trouver étranglé. Quelquefois le mésentère s'épaissit dans le sac; ses ganglions s'y engorgent plus ou moins, et la tuméfaction de ce repli péritonéal peut mettre obstacle à la réduction de la hernie (Pott). L'intestin déplacé se rétrécit quelquefois. On voit aussi ses parois s'épaissir. L'organe, ainsi altéré, sera toujours gêné dans ses fonctions.

« Les parties qui constituent la hernie, mal défendues contre les violences extérieures, sont exposées à des inflammations dont on prévoit les effets. Des adhérences partielles peuvent former des brides tendues entre les différents points du sac. Les viscères contractent aussi entre eux, ou avec le sac, des adhérences soit partielles, soit générales. Les premières ont lieu au moyen de brides. L'intestin peut s'enlacer autour de ces espèces de cordes, qui deviennent quelquefois des causes d'étranglement. Les adhérences générales forment de toute la hernie une masse dont les diverses parties perdent leur mobilité, et rendent la hernie absolument irréductible. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 330.)

b. Sac herniaire.—Les anciens pensaient qu'au moment de la formation de la hernie, le péritoine se rompait pour lui livrer passage, d'où le nom français et anglais de rupture donné à cette affection, désignée aussi par les Latins sous le mot *ruptura*. Comme depuis qu'on a étudié avec plus de soin l'anatomie pathologique des hernies, on a presque toujours trouvé l'enveloppe péritonéale, on a dit qu'elle existait toujours, et c'est aujourd'hui une opinion à peu près universellement reçue dans la science. Il est bien vrai qu'Arnaud a écrit (*Traité des hernies*, t. I, p. 65) qu'un violent coup sur le ventre peut déchirer le péritoine sans léser ni la paroi ni les muscles, et donner ainsi lieu à la formation d'une hernie sans sac herniaire. J.-L. Petit avait d'ailleurs observé le fait suivant, qui semblait venir à l'appui de l'opinion d'Arnaud.

« Obs. 1. Un palefrenier avait une hernie d'intestin et d'épiploon plus grosse que les deux poings; elle rentrait et ressortait presque sans effort: ce qui prouve que la dilatation de l'anneau était considérable, et que les parties n'étaient point adhérentes. Le malade avait toujours négligé cette maladie, parce que le premier bandage dont il s'était servi était un des vieux de son maître : comme il n'avait point été fait pour lui, il se trouva si peu convenable qu'il lui comprima le cordon des vaisseaux, et lui causa un gonflement considérable du testicule. Il quitta ce bandage d'autant plus volontiers qu'il ne souffrait point de sa hernie lors même qu'elle était dans son plus gros volume, et que d'ailleurs il n'avait jamais éprouvé l'état fâcheux dans lequel se trouvent les malades lorsque leur hernie est étranglée. Depuis cinq ou six ans qu'il avait la sienne, il n'avait donc éprouvé aucun accident. Mais un jour, en pansant ses chevaux, il en reçut un coup de pied sur la tumeur. Si le pied n'eût fait qu'appuyer, les parties seraient rentrées, peut-être sans beaucoup de douleur, parce que l'anneau était très dilaté; mais le coup fut porté avec tant de vitesse que l'intestin et l'épiploon ne purent rentrer avec la même promptitude, et crevèrent le sac qui les contenait, comme on le verra dans le moment. Non seulement le malade tomba du coup, mais il perdit connaissance; il eut des convulsions universelles, puis des faiblesses et des défaillances de temps en temps, avec des sueurs froides, le hoquet et des nausées: c'est l'état où je le trouvai deux heures après le coup reçu. J'examinai l'état de la tumeur sur laquelle le coup avait porté : elle avait la figure d'une calebasse ; la petite panse était du côté de l'anneau, et la plus grande dans le scrotum; celle-ci était dix fois plus grosse que la petite. Le malade, étant revenu à lui, me dit que cette figure n'était point celle que sa tumeur avait toujours eue; qu'elle était ronde avant d'avoir reçu le coup, et qu'elle n'avait jamais été si grosse. Je le saignai, et lui appliquai une compresse trempée dans de l'eau-de-vie, soutenue

par un suspensoir. J'allai le voir deux heures après : il vomissait et souffrait de très vives douleurs dans le ventre. Je le ressaignai, et voyant que sa tumeur était brune et considérablement accrue, je le déterminai à l'opération, de laquelle je parlerai dans son lieu. Je dirai ici seulement que lorsque j'eus ouvert la grosse panse de la tumeur, je trouvai l'épiploon et l'intestin sans enveloppe ni sac, l'un et l'autre nageant dans une grande quantité de sang à demi coagulé. Ils étaient étranglés dans le passage de la petite tumeur à la grosse : ce passage était un trou fait au sac par le coup de pied du cheval ; de sorte qu'un volume considérable d'intestin et d'épiploon était sorti par cette ouverture, ne restant dans la petite tumeur que la dixième partie de ce que contenait la hernie avant que le malade eût reçu le coup. Enfin, la partie du sac qui avait abandonné l'intestin s'était retirée au commencement de la petite tumeur, et formait, dans cet endroit, un grand nombre de replis fort épais. » (J.-L. Petit, *OEuvres complètes*, édit. compacte, p. 628.)

Évidemment de la rupture du péritoine, composant le sac d'une hernie, à la rupture du péritoine à sa place normale dans l'abdomen, il n'y avait pas loin. On pourrait objecter que l'analogie était bien une probabilité et pas une preuve. Cette preuve on aurait pu la trouver dans un fait observé par Garengeot. (*Traité des opérations*, t. I, p. 373.)

Une fille, qui portait quelque chose des deux mains, fut saisie brusquement par un libertin. Elle fit un mouvement en arrière pour l'éviter, et ressentit sur-le-champ une vive douleur au bas-ventre. Garengeot trouva une hernie crurale étranglée, qu'il opéra quelques jours plus tard. Ce chirurgien ne put découvrir de sac, et ne vit que l'épiploon à nu sous les téguments. Richter croit à la réalité de ce fait, mais la plupart des chirurgiens pensent que Garengeot s'est trompé, et que, s'il n'a pas reconnu le sac, ce sac n'en existait pas moins. On a encore rencontré d'autres hernies sans sac, des hernies volumineuses ; mais alors on dit que cette membrane, ayant atteint ses limites d'extensibilité, a disparu par absorption (A. Cooper). En sorte, qu'on ne reconnaît aujourd'hui comme privées de sac que les hernies des organes qui, normalement, ne sont pas entièrement enveloppés par le péritoine, comme le cœcum et la vessie, quand ces organes se présentent à l'anneau par leur face non séreuse.

Comme le sac est ainsi d'une existence à peu près constante, comme il joue un grand rôle dans le mécanisme de la hernie, et qu'il est surtout d'une importance extrême au point de vue pratique, nous allons en tracer soigneusement l'histoire, en mettant surtout à profit le travail de M. Demeaux. (*De l'évolution du sac herniaire. Annales de chirurgie*, t. V, p. 345.)

Lorsque, sous l'influence de la pression d'un viscère qui se hernie, le péritoine se déprime pour s'engager dans une lacune de la paroi abdominale, cette membrane présente, dans le point qui cède, d'abord la forme d'une impression digitale, puis celle d'un entonnoir, suivant que la hernie se fait par un anneau ou par un canal.

Pendant cette période, l'entrée du sac herniaire est plus large que le fond. Mais le sac, en se portant de plus en plus à l'extérieur, arrive dans des tissus qui résistent moins et se laissent plus aisément écarter ; alors son fond se dilate en s'arrondissant plus ou moins régulièrement suivant la localité. Dès ce moment, l'entrée du sac est plus étroite que son fond, non pas que celle-ci se soit rétrécie, mais c'est celui-là qui s'est agrandi. L'entrée ou l'orifice du sac, ou encore cette portion du sac qui correspond à la portion musculaire ou fibreuse de la paroi, ou qui est intermédiaire au plan normal du péritoine pariétal et à la portion dilatée du sac, s'appelle en chirurgie herniaire le *col*, et plus souvent le *collet* du sac. Ce collet est de toute l'anatomie pathologique des hernies le point le plus essentiel ; aussi est-ce à l'étudier que nous nous attacherons le plus particulièrement.

A l'exemple de M. Demeaux, nous diviserons l'histoire du collet du sac en trois périodes : 1° celle de formation ; 2° celle d'organisation ; 3° celle de resserrement.

1° *Formation du collet du sac.* — Au moment où la hernie se forme, le péritoine, qui se déplace plus qu'il ne s'étend, s'engage dans l'ouverture herniaire et se fronce à l'orifice de la poche séreuse, ou

du sac qu'il constitue. Ce froncement, déjà figuré dans les planches de Langenbeck, a été également constaté par MM. J. Cloquet, Demeaux et Roustan. A cette période de début, le sac n'est maintenu que par l'anneau auquel le col du sac correspond, et à la réduction, cette portion de la membrane péritonéale se déplisserait. Cela signifie que rien ne rend encore ce froncement permanent. Rien d'organique dans le tissu même qui en est le siége. A proprement parler, le sac n'a qu'un orifice et pas de collet. Ce collet ne s'établira que dans la seconde période.

2° *Organisation.* — Cette deuxième période consiste donc dans le travail qui donne à l'orifice du sac sa permanence. Examinons quel est ce travail. Les plis de l'orifice du sac se soudent entre eux sous l'influence d'une subinflammation ou d'une inflammation locale de la séreuse. Dans le premier cas, c'est-à-dire quand il n'y a pas eu d'inflammation notable, ces adhérences sont partout intimement liées à la surface péritonéale, sur laquelle elles forment plus ou moins de relief. Si la phlegmasie s'est prononcée, elles peuvent se présenter sous la forme de brides, libres à leur milieu et fixées à leurs deux extrémités, et placées en travers des plis de l'orifice. Ces deux espèces de fausses membranes sont ce que M. J. Cloquet appelle les *stigmates* du collet du sac herniaire. Ce professeur pense que les adhérences les moins prononcées, celles qui font le moins de saillies et sont presque réduites à de simples taches, sont le résultat de la réunion par desséchement de la séreuse dans la position où les plis mettent sa surface interne en contact avec elle-même.

Suivant M. Demeaux, la surface interne du péritoine n'est pas seule le siége du travail d'organisation du collet, et la surface externe y prend une part importante.

« La première chose qui frappe l'observateur, dit M. Demeaux, c'est la diminution et quelquefois la disparition presque complète du tissu adipeux dans cette partie, même chez les sujets chargés d'embonpoint; peut-être serait-il plus juste de dire la transformation du tissu cellulo-adipeux en une couche nouvelle qui renferme une grande quantité de vaisseaux artériels et veineux. On aperçoit le plus souvent sur le pourtour de l'ouverture herniaire, à travers le péritoine transparent, cette riche vascularisation converger de toutes parts vers le collet, et s'irradiant ensuite sur la partie supérieure du sac pour se rendre insensiblement dans la couche celluleuse avec laquelle elle se continue. Je dois faire observer que cette couche adhère au péritoine d'une manière si intime qu'elle ne peut en être séparée. Ce fait est important à signaler; car il nous servira à concilier les opinions en apparence différentes des auteurs qui attribuent l'épaississement du collet au péritoine lui-même, et celles des chirurgiens qui en placent le siége dans les couches sous-jacentes. Pour ma part, je considère ce travail d'organisation comme débutant dans la couche celluleuse sous-péritonéale, mais à une certaine époque le péritoine lui-même y prend une part active, il se vascularise, et les deux couches réunies adhèrent intimement l'une à l'autre...

» Indépendamment des vaisseaux, on aperçoit dans cette couche des filaments dont il n'est pas facile de déterminer la nature, entrecroisés en divers sens, et qui m'ont fait comparer ce tissu au dartos. Il y a déjà quelque temps, j'avais cru y apercevoir des fibres musculaires; je n'aurais pas osé émettre une pareille idée, mais cherchant à m'éclairer par de nouveaux faits, j'ai pu me convaincre qu'il en existait réellement: sur une hernie crurale prise dans le service de M. Denonvilliers, à l'Hôtel-Dieu, j'ai constaté au pourtour du collet des fibres musculaires de la dernière évidence. J'ai présenté la pièce à la Société anatomique, et personne n'a émis le moindre doute sur le siége, ni sur la nature des fibres musculaires... » (Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. V, p. 347.)

M. Roustan, qui a fait à Bicêtre de nombreuses autopsies, nie complétement l'existence de ce tissu dartoïque ou musculaire; en sorte que, sous ce rapport, la question est à revoir.

3° *Resserrement du collet du sac.* — La plupart des auteurs ont remarqué la tendance du collet du sac à se resserrer. Ledran a observé sur le vivant que le sac

herniaire proprement dit avait contracté une adhérence si parfaite par les parois internes de son col, que le reste du sac servait de kyste à une hydrocèle.

Arnaud, et après lui beaucoup d'autres chirurgiens, ont trouvé la même disposition sur le cadavre, et cet auteur ajoute que « Ledran lui a dit avoir remarqué que toutes les descentes des enfants se guérissent par le collement de l'embouchure intérieure du sac. » Ce fait clinique est aussi incontestable que le premier qu'avait signalé Ledran. Le cas rapporté par Littre (*Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1703, p. 49) est, malgré l'obscurité de la rédaction, un exemple d'oblitération ou de resserrement du collet du sac. Il s'agit « d'une hernie composée d'intestins et d'épiploon, et dont le sac n'avait plus aucune ouverture du côté de la cavité du ventre. L'entrée du sac s'était extrêmement rétrécie, et les parois en étaient collées ensemble. » Comme dans ce fait incomplet il est impossible de juger si les viscères étaient encore dans le sac où s'ils avaient été réduits, on ne saurait décider s'il y avait oblitération ou seulement resserrement de l'orifice, avec adhérence de son pourtour avec l'intestin et l'épiploon.

L'oblitération du collet du sac est sans doute la terminaison la plus heureuse, mais c'est aussi la plus rare. Le plus souvent, la marche du resserrement s'arrête avant ce résultat; et au lieu de la guérison il produit trop fréquemment un accident des plus graves, l'étranglement. A mesure que le collet s'épaissit et se resserre, la vascularisation diminue, et quelle qu'ait été primitivement la structure de la couche extérieure, elle revêt les caractères du tissu fibreux.

Scarpa n'admit pas, comme on l'enseignait avant lui, que le sac herniaire pût acquérir une épaisseur plus grande que celle du reste de la membrane séreuse, dont il est une dépendance; en deux mots, qu'il pût s'y épaissir. Pour cet illustre chirurgien, toutes les fois qu'on crut à cet épaississement, on n'avait pas su distinguerle sac des parties plus extérieures auxquelles il est intimement uni. Il ajoute qu'il a trouvé le sac herniaire mince chez un homme affecté d'une hernie scrotale volumineuse qui datait de vingt ans; la partie supérieure de ce sac était transparente et entièrement semblable au péritoine abdominal. Cependant, comme s'il oubliait ce qu'il avait dit, Scarpa avoue plus loin que « dans quelques cas le sac herniaire lui-même est plus épais que le péritoine. »

Voici sur ce sujet la doctrine d'A. Cooper :

« Pour former un sac herniaire, le péritoine n'est point entraîné hors de sa situation normale; mais il s'allonge par une distension graduelle, et, le plus souvent, cette élongation est accompagnée d'un léger épaississement; en effet, une pression modérée, mais longtemps continuée, est propre à déterminer l'allongement et l'épaississement des tissus. Aussi, quand on compare le sac herniaire avec le péritoine, d'où il tire son origine, on le trouve ordinairement formé par une membrane plus compacte. Mais lorsque la hernie acquiert un volume considérable, les parois du sac s'amincissent, car l'extension peut dépasser ce degré, où elle produit l'épaississement. C'est pour cela que, dans les hernies anciennes et volumineuses, on peut apercevoir quelquefois, à travers les parois du sac, le mouvement péristaltique des intestins; c'est aussi pour cela que l'on trouve parfois des hernies sans sac, parce que l'extensibilité de celui-ci ayant atteint ses limites, il est entièrement détruit (*absorbed*), ou ne se conserve qu'au niveau de l'orifice. Aussi, dans certaines hernies, ne trouve-t-on pour toute enveloppe sur la plus grande étendue de la tumeur que la peau et le tissu cellulaire.

» D'autres fois, on a trouvé le sac tellement épaissi, qu'il ne conservait plus aucune trace de son organisation primitive, et pouvait se diviser par couches. Mais, d'après mes observations, je suis porté à croire que cette apparence de transformation du sac en plusieurs couches dépend de ce qu'on n'a pas suffisamment distingué du sac lui-même les enveloppes du sac; car, autant que j'ai pu m'en assurer par la dissection, ce sont ces enveloppes qui s'épaississent dans les hernies anciennes, tandis que le sac lui-même n'offre qu'une épaisseur un peu plus considérable que celle du péritoine. Un sac herniaire, quelque petit qu'il soit, adhère toujours

aux parties qui l'entourent; toutefois il peut être facilement repoussé dans l'intérieur de l'abdomen. J'ai plusieurs fois répété cette expérience sur le cadavre, et j'ai vu alors que ce sac était maintenu lâchement dans la cavité abdominale à l'orifice qui lui avait livré passage. Cependant la réduction du sac n'est possible que quand la hernie est petite et très récente; car, si elle date d'une époque reculée ou si elle est très volumineuse, elle a toujours contracté avec les parties environnantes des adhérences si intimes qu'elles ne peuvent être détruites que par la dissection. Dans le principe, les adhérences sont faibles et peu nombreuses; mais leur force s'accroît progressivement, et elles se répartissent d'une manière uniforme sur toute la surface du sac.

» L'ouverture par laquelle le sac communique avec l'abdomen est ordinairement sa partie la plus étroite : c'est ce qu'on appelle son collet; mais à une petite distance de l'abdomen, et au delà du point où les ouvertures aponévrotiques embrassent son collet, le sac herniaire. se trouvant entouré de parties moins résistantes que le tissu fibreux, s'épanouit en une poche piriforme. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, trad. franç., p. 158.)

Arnaud a vu les parties environnant le collet et le collet lui-même former une masse presque aussi dure qu'un cartilage. (*Traité des hernies*, p. 503.) Il a trouvé à un autre sac herniaire au moins six lignes d'épaisseur. Au reste, quant à la question de savoir si l'épaississement sera dans le tissu même de la séreuse du sac, ou à la face interne, ou à la face externe, ou dans un seul de ces points ou dans tous à la fois, elle est très peu importante sous le rapport pratique.

Maintenant que nous avons étudié le sac dans sa formation et au point de vue général des changements qu'il éprouve, nous l'examinerons sous d'autres faces qui n'offrent pas moins d'intérêt.

La forme des orifices ou des canaux herniaires imprime au collet du sac des modifications qu'il faut connaître. Ainsi le travail d'organisation du collet s'opère avec plus d'activité là où le froncement est plus considérable, par exemple au côté interne de l'orifice abdominal du canal inguinal dans la hernie oblique. Comme la résistance des bords de l'ouverture n'est pas la même dans tous les points, les vaisseaux épigastriques en dedans forment une espèce de point d'appui où vient se froncer l'orifice du sac.

Par un mécanisme que nous exposerons ailleurs, il arrive aux ouvertures, et surtout aux trajets herniaires, des changements plus ou moins considérables, sous l'influence de la pression excentrique d'une hernie volumineuse et ancienne. Ainsi un canal herniaire a souvent ses deux orifices refoulés l'un contre l'autre, et il se trouve lui-même réduit à un véritable orifice. Le collet du sac est alors simplement annulaire, et c'est le cas le plus commun. Mais on voit quelquefois un viscère pousser devant lui le péritoine dans un trajet herniaire, sans que ce trajet subisse la déformation et le raccourcissement dont nous venons de parler. Alors le collet du sac peut être lui-même un véritable canal moulé dans toute sa longueur sur le trajet herniaire. C'est ainsi que Dupuytren a trouvé un étranglement étendu à toute la longueur du canal inguinal. (*Leçons orales*, 2e édit., t. III, p. 589.)

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a rencontré plusieurs cas de cette espèce, et d'autres en ont également observé. Dans certains cas, le collet est multiple, et il s'en trouve un à chacun des deux orifices du canal inguinal, par exemple, tandis que l'intervalle reste libre de tout resserrement. Enfin il peut arriver que cet intervalle soit dilaté même très largement, disposition qui pourrait causer de très graves erreurs.

Une hernie inguinale gauche, en partie réductible, présentait néanmoins tous les signes de l'étranglement. Le chirurgien pratiqua l'opération après avoir largement ouvert la portion du sac qui était dans le scrotum, dans laquelle se trouvait une portion d'épiploon qui ne paraissait pas étranglée : aussi la réduction s'en fit-elle sans aucun débridement et sans aucune difficulté. Le doigt, porté à travers l'anneau, pénétra dans une poche qu'on crut être la cavité abdominale. Le chirurgien crut avoir opéré une hernie non étranglée; mais les accidents persistèrent et ne tardèrent pas à enlever le malade. On fit l'au-

topsie, et l'on vit que la poche qu'on avait prise pour la cavité abdominale n'était qu'une énorme dilatation de la portion du sac herniaire comprise entre les deux anneaux. Une anse d'intestin, étranglée à l'anneau interne, n'avait pas été aperçue et avait déterminé la mort. (Voy. Bourdon, *Bulletins de la Société anatomique*.)

Deux forces sollicitent incessamment le collet en sens inverse, l'une tend à augmenter le mal ; c'est la pression excentrique des viscères qui, principalement pendant les efforts, s'engagent de plus en plus dans le col ; une nouvelle portion d'intestin peut même passer dans l'orifice du sac à côté de la première.

La seconde force consiste dans la rétraction du péritoine. Voici comment s'exprime M. Demeaux sur ce point :

« Lorqu'un sac herniaire est encore peu prononcé, il disparaît, et toute trace de collet s'efface, si l'on exerce quelques légères tractions sur le péritoine. Je ne doute pas que ce ne soit ce mécanisme qui agisse dans certaines hernies, qui, développées subitement à la suite d'un effort violent, se réduisent d'elles-mêmes au bout d'un certain temps. Cette rétraction est mise en jeu, et d'une manière bien plus évidente, lorsque l'abdomen vient à être distendu. Ainsi, chez une femme qui, à la suite d'une première grossesse, avait été affectée d'une hernie inguinale du volume d'un œuf de pigeon, j'ai vu celle-ci disparaître pendant une seconde grossesse, et ne pas se reproduire depuis l'accouchement. Je ne chercherai pas à expliquer comment, dans le premier cas, le péritoine est constamment retiré du côté du ventre ; il me suffit de constater ce phénomène qui a été, du reste, parfaitement décrit par Scarpa ; c'est encore par ce mécanisme que s'opère la rentrée du sac herniaire après l'opération. Dans la seconde période, cette rétraction n'est plus possible ; le collet a atteint une résistance qui, plus marquée encore dans la troisième période, s'oppose à ce mode de réduction de la hernie. » (Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. V, p. 357.)

Le chirurgien auquel nous venons d'emprunter ce passage pense même que si l'usage du bandage amène à la longue des guérisons radicales, c'est moins parce que ce bandage ferme le sac et son collet en en collant les parois avec elles-mêmes par une pression prolongée, qu'en éloignant les viscères du collet de la hernie, circonstance qui permet la rétraction du péritoine. Il est probable que ces deux conditions concourent au même but, mais il serait difficile de faire exactement la part de chacune d'elles.

Rapport du collet du sac avec les anneaux. — Pendant longtemps on a cru que le collet et le fond du sac contractaient des adhérences si intimes avec les parties voisines, qu'il n'était plus possible d'opérer la réduction ; c'est en s'appuyant sur cette opinion que Louis rejeta comme erroné le cas de réduction en masse observé par Ledran. Les recherches des modernes ont démontré que les adhérences que le sac contracte par sa surface extérieure avec les parties ambiantes ne se prononcent pas également dans tous les points. Tandis qu'au collet le péritoine et les tissus sous-jacents s'unissent d'une manière intime, les deux couches restent distinctes partout ailleurs. En dehors du péritoine, sur le fond du sac, on rencontre le *fascia propria* de cette séreuse, fascia qui n'a plus sa minceur normale, mais s'est hypertrophié quelquefois d'une manière très marquée.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé le sac herniaire que dans son plus grand état de simplicité : c'était le moyen d'en rendre l'exposition plus facile et plus claire. Nous allons maintenant examiner certaines conditions qu'il présente moins souvent, et qui n'en sont pas moins d'une haute importance.

Sacs superposés. — On rencontre parfois la portion du péritoine sortie devant le viscère à travers un anneau ; on la rencontre, disons-nous, divisée en plusieurs loges superposées, espèces de dilatations séparées par des intervalles plus resserrés. Les auteurs n'ont pas tous interprété cette disposition de la même manière. Ainsi Scarpa la rapporte à des rétrécissements qui se forment quelquefois dans le corps du sac herniaire, et il a même consacré à cet objet, et sous ce titre, un chapitre entier de son livre. (Voy. Scarpa, *Traité des hernies*, trad. franç., p. 119.) Voici com-

ment il s'exprime à l'occasion du seul cas qu'il ait trouvé sur le cadavre :

« On remarquait à la partie moyenne du sac une rainure circulaire profonde, qui le divisait en deux cavités bien distinctes, situées l'une au-dessus de l'autre, et séparées par un bord large, dur, saillant à l'intérieur, et qui paraissait formé par un repli du sac sur lui-même; la cavité supérieure est plus large et moins profonde que l'inférieure. » (Scarpa, *loc. cit.*) Le chirurgien de Pavie, qui n'avait observé ces sacs larges et superposés qu'un très petit nombre de fois et le plus souvent sur des hernies inguinales congénitales, trouve l'explication de ces rétrécissements dans les remarques de Camper sur la forme naturelle de la tunique vaginale. Il oubliait qu'il avait vu lui-même cette disposition dans la hernie accidentelle. La doctrine d'Arnaud a prévalu, malgré les attaques de Scarpa. Arnaud pense qu'une fois formé, le collet du sac a été poussé plus loin à l'extérieur par un effort semblable à celui qui primitivement a produit la hernie. Les sacs superposés ne sont pas tellement rares que Reiley, Hoin, Sandifort, Moherenfieim, Gaulmin, Scarpa, Dupuytren, J. Cloquet n'en n'aient rencontré.

« Ces rétrécissements successifs le long du col du sac herniaire sont plus fréquents qu'on ne l'imagine, dit Dupuytren. Ils n'ont pas lieu seulement le long du collet du sac : il peut en exister, comme cela se voit souvent, sur toute la longueur d'un sac herniaire qu'ils partagent en deux ou trois tumeurs séparées par autant de sillons, de resserrements apparents à la surface de la tumeur, et sensibles à son intérieur par des brides plus ou moins exactement circulaires. Là aussi nous avons rencontré dans plus d'un cas, des étranglements étrangers non seulement à l'anneau, mais à l'orifice du sac herniaire.» (Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 591.)

Les sacs superposés ne s'observent guère que dans les hernies inguinales, à ce point qu'on n'a encore qu'un exemple de leur existence dans la hernie crurale. Dans ce cas, Blandin, après avoir pratiqué un large débridement sur le ligament de Gimbernat, ne put faire la réduction. Examinant les choses avec attention, il découvrit à la partie inférieure du sac une bride valvulaire dont l'incision permit la rentrée facile des viscères dans le ventre. (Voy. *Ann. de chirur.*, t. V, p. 381.)

Sacs multiples du même côté et dans la même gaîne. — Cette disposition n'a d'abord été constatée et regardée comme possible que dans la hernie inguinale congénitale. Richter, Arnaud et Scarpa n'en parlent pas autrement. Mais on a depuis rencontré deux hernies accidentelles dans la même gaîne, et nous en rapporterons plus loin un exemple observé dans le service de M. Velpeau.

Le mécanisme de la formation du deuxième sac est très simple : lorsque sous l'influence d'un effort excessif, le collet du sac se détache de toute sa circonférence et poussé plus loin au début, on a un second sac au-dessus du premier, ainsi que nous l'avons établi. Mais si le collet ne se détache de l'anneau que sur un des côtés, le nouveau sac, au lieu de se former en dessus, se forme latéralement.

Le mode de production d'un second sac à côté d'une hernie inguinale congénitale est tout semblable. En effet, une tunique vaginale, dont l'ouverture de communication n'est pas oblitérée, présente avec un sac herniaire ordinaire une analogie parfaite; aussi la pression des viscères peut-elle lui faire subir des modifications identiques. La tunique vaginale est-elle refoulée directement en bas, un sac herniaire accidentel s'établira au-dessus du sac congénital; le sac congénital, où la tunique vaginale restée ouverte, cède-t-il par un côté seulement de la circonférence du collet, alors le dernier sac ou le sac accidentel est placé latéralement au premier ou à la tunique vaginale.

Méry a fait connaître à l'Académie des sciences un cas de cette nature : une hernie accidentelle communiquait avec la tunique vaginale; l'étranglement avait lieu dans le premier sac, une hydrocèle s'était formée consécutivement dans le second. Voici ce fait qui est inséré dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1701, p. 375. — Il sera facile, en le lisant, de faire la part des explications erronées de Méry.

Obs. 1. « Je coupai seulement les téguments avec le tranchant d'un bistouri ; ils

ne furent pas plutôt ouverts, qu'il s'écoula de la tumeur une matière fluide, noirâtre et fétide, qui laissa après sa sortie un grand vide dans lequel je vis le testicule sain et tout à découvert. Ce fait me parut nouveau, parce que j'avais observé jusque là que, malgré la chute des intestins dans le scrotum, les testicules se trouvent enveloppés de leurs membranes propres. On pourra peut-être m'objecter que les membranes étant naturellement unies aux membranes communes des bourses, j'ai pu couper en même temps les unes et les autres; mais voici, ce me semble, une preuve du contraire. Dans les descentes ordinaires, l'intestin n'entre point dans les membranes propres du testicule, il se glisse le plus souvent entre elles et celles du scrotum. L'intestin s'est trouvé renfermé dans la même cavité où était le testicule; je n'ai donc pu couper les membranes communes des bourses. Ma surprise fut bien plus grande quand je vis un intestin aveugle affaissé dans cette tumeur ouverte; mais au lieu d'être gangrené, comme je me l'étais imaginé, il était percé d'un trou, mais si petit, qu'à peine aurait-il pu admettre une épingle. Il était séparé depuis l'aine jusque dans le fond de la tumeur des membranes du scrotum; mais il était si étroitement uni aux anneaux des muscles du ventre, que, désespérant de vaincre son adhérence sans le déchirer, je proposai à M. Petit de le laisser en sa place et de nous contenter de dilater les anneaux, ce qu'il n'approuva pas. Je séparai donc ce prétendu intestin de ces parties des muscles, et le repoussai dans le ventre; en l'y faisant rentrer, je m'aperçus que, dans la capacité du ventre, il était encore adhérent au péritoine; mais ne jugeant pas que cette union pût être un obstacle à l'écoulement des matières vers l'anus, je me contentai de panser le malade avec une tente faite de charpie fine, des bourdonnets, des plumasseaux et des compresses trempées dans l'eau-de-vie, pour résister à la corruption des membranes des bourses, et j'appliquai sur le ventre un refrénant avec l'huile rosat, le jaune et le blanc d'œuf.

» Le 21, je pansai le malade de la même façon. Le 22 et le 23, je me servis d'un digestif fait avec la térébenthine, le jaune d'œuf, la myrrhe, l'aloès et l'esprit-de-vin, et j'appliquai sur la plaie, au lieu d'emplâtre, une compresse trempée dans l'eau-de-vie, afin de ranimer la chaleur naturelle qui parut toujours s'éteindre de plus en plus, quoique la gangrène n'eût fait aucun progrès depuis le jour de l'opération. Pendant ces quatre jours le malade alla à la selle, et le vomissement cessa, mais les autres accidents subsistèrent; il lui survint même, le troisième, un délire avec un hoquet qui continuèrent jusqu'à la fin du quatrième, que le malade mourut.

» Après la mort, je fis l'ouverture de son cadavre. Le ventre étant ouvert, j'aperçus d'abord les marques d'une grande inflammation aux intestins grêles, celle d'une mortification entière dans la partie de l'iléon qui s'était engagée dans les anneaux des muscles, et ensuite une rupture des deux tiers de la circonférence de cet intestin pourri, qui ne se trouva nullement adhérente à aucune partie. Ces faits, si différents de ceux qui me parurent dans le temps de l'opération, m'engagèrent à examiner une seconde fois la partie que Petit et moi avions, comme tous les assistants, prise pour l'intestin, et d'où même sortait encore une matière semblable à celle qui s'écoula de la tumeur que j'avais ouverte quatre jours auparavant. Après l'avoir bien considérée tant du côté de l'aine où j'avais d'abord fait l'incision, que du côté du ventre du cadavre que je venais d'ouvrir, je reconnus enfin que je m'étais trompé, et que la partie que j'avais prise pour intestin aveugle n'était que le péritoine prolongé en forme de cul-de-sac dans le scrotum, ce qui arrive dans toutes les hernies complètes, lorsqu'elles se font sans la rupture de cette membrane. » (Méry, *Mémoires de l'Académie des sciences*, p. 375. 1701.)

On lit dans les *Transactions philosophiques de la Société royale de Londres* une observation de Lecat, dans laquelle l'intestin était passé du sac herniaire dans la tunique vaginale. La clinique de Dupuytren renferme plusieurs cas semblables. On a expliqué cette communication par la rupture simultanée du sac et de la tunique vaginale. Mais ce qui nous paraît en donner une raison bien plus naturelle, c'est-à-dire plus vraie, c'est la théorie d'un

sac accidentel à côté d'un sac congénital. Alors l'hydrocèle est presque toujours congénitale, comme dans le fait de Méry et dans plusieurs de ceux qui appartiennent à Dupuytren.

Deux sacs herniaires dont l'un est oblitéré. — Les *Bulletins de la Société anatomique* du mois de mai 1839 contiennent un fait de ce genre, dont on possédait déjà des exemples. Dans le scrotum d'un homme affecté d'une hernie volumineuse, on trouva une tumeur placée sur la paroi du sac, et cette tumeur était remplie d'épiploon ; elle avait donc communiqué avec le péritoine. (Voy. Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. V, p. 397.)

Cette oblitération du collet du sac est la condition la plus sûre de la cure radicale ; nous verrons cependant qu'elle n'est pas indispensable.

Sérosité du sac. — Comme l'irritation seule détermine la présence de la sérosité dans le sac herniaire, et que cette irritation n'arrive guère et surtout n'a d'importance réelle que dans le cas d'étranglement, c'est à cette occasion que nous nous en occuperons ; nous n'avons dû mentionner ici la sérosité que pour ne pas laisser dans notre plan l'apparence même d'une lacune.

Enveloppes de la hernie abdominale. — C'est ainsi qu'on désigne les couches extérieures au sac. Ces couches sont variables, comme les régions où se produisent les hernies. Mais elles présentent partout un double caractère qui porte sur leur nombre et sur leur épaisseur. En général ces couches s'hypertrophient et se multiplient; le tissu cellulaire passe même à l'état fibreux, et l'on trouve souvent plusieurs couches de *fascia* adventifs, ce qui est une cause d'embarras dans la kélotomie, surtout si, comme on l'a vu, il se rencontre entre les diverses lames de la sérosité épanchée, sérosité qui en impose pour celle du sac. D'autres fois, c'est une condition inverse qui s'observe : les enveloppes sont excessivement atrophiées, amincies, au point que le chirurgien pénètre dans le sac ou même dans l'intestin par une incision, qui, dans les cas ordinaires, ne devrait comprendre que les couches extérieures au sac. Nous reviendrons sur ces points importants en traitant de l'opération de la hernie étranglée.

Absence du sac. — « Les parties déplacées ne sont pas toujours contenues dans un sac. Ainsi, lorsque la hernie dépend d'un vice de conformation des muscles, qui présentent des ouvertures anormales, ces lacunes ne sont pas toujours recouvertes par le péritoine. Tel était le cas d'une hernie diaphragmatique que j'ai observée il y a quelques années. Le côlon, qui était remonté dans la poitrine, était situé au-dessous du poumon sans enveloppe péritonéale. Cette disposition ne se rencontre pas dans toutes les hernies diaphragmatiques; et j'ai rencontré un cas dans lequel les viscères déplacés étaient renfermés dans un prolongement du péritoine. La hernie congénitale, sauf une variété très rare de cette maladie, n'a pas d'enveloppe séreuse indépendante et distincte de la tunique vaginale. La hernie de la vessie doit être considérée comme entièrement privée d'enveloppe membraneuse ; mais ceci n'est vrai que dans son début.

» Le docteur Marshall possède une pièce anatomique représentant une hernie ombilicale, dans laquelle il n'y a pas de vestige de sac, et où les parties sont en contact immédiat avec la peau. Cette variété est très rare ; mais il est bon d'en connaître la possibilité, afin d'éviter de blesser, dans l'opération, les parties déplacées. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, traduct. française, p. 159.)

La hernie du cœcum peut, comme celle de la vessie, être privée de sac. Du reste nous reviendrons sur ce point en parlant des hernies en particulier.

Rupture du sac. — Nous devons signaler cette lésion du sac sur laquelle nous avons déjà fixé l'attention, et qui devra encore repasser sous nos yeux à l'occasion des *accidents des hernies*.

Symptômes des hernies abdominales. — La production de la hernie, plus ou moins préparée par des causes prédisposantes, a ordinairement lieu pendant un effort, et se fait avec un craquement accompagné ou non de douleur. La douleur, quand elle existe, se manifeste à l'anneau même ou plus intérieurement, comme en remontant le long des nerfs de la partie herniée,

serrée ou tiraillée par son déplacement. L'intensité de cette douleur n'est pas toujours la même : tantôt, dès qu'elle se fait sentir, le malade reste instinctivement immobile, puis elle disparaît, et le malade reprend ses occupations, et se livre aux efforts qui ont produit le commencement de l'affection, dont souvent il ne se doute pas; tantôt, après cette douleur brusque et aiguë, le sujet est obligé de se reposer quelques heures avant d'oser faire un seul mouvement; quelquefois même il est obligé d'abandonner son travail et de garder le lit pendant plusieurs jours.

Dans la grande majorité des cas, une hernie, à son début, n'offre qu'un petit volume : c'est une tumeur qui commence à poindre. C'est ce que M. Malgaigne appelle une *pointe de hernie*. A ce degré, la maladie échappe toujours aux sujets qui ne s'observent pas.

Progressivement la hernie grossit, ordinairement par suite de nouveaux efforts, et alors l'attention du sujet appelée vers la région par une nouvelle douleur ou par l'accroissement de la tumeur, découvre enfin son mal. A dater de cette époque, la hernie prend, dans son développement, une direction et une forme en rapport avec la localité où elle a son siége, ainsi que nous le verrons en traitant des hernies en particulier.

Une fois que la hernie existe, quels en sont les symptômes locaux? Nous en emprunterons la description à M. Vidal, de Cassis, qui l'a présentée avec beaucoup de clarté.

« Les symptômes des hernies sont souvent faciles à saisir. Rarement le diagnostic présente des difficultés quand la hernie a lieu par une large ouverture naturelle ou un éraillement de la paroi du ventre, ou sous une cicatrice. Il existe une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau; cette tumeur grossit et se tend pendant la position verticale par les efforts de la toux, après le repas; elle diminue de volume ou disparaît par la position horizontale; elle peut être repoussée dans le ventre par une pression méthodique, mais elle reparaît si le malade reprend la position verticale ou se livre à un effort. Après la rentrée de la hernie, le doigt peut, le plus souvent, refouler la peau dans l'ouverture abdominale dilatée qui laissait échapper les parties. Si la hernie est irréductible, le malade se rappelle que, dans les premiers temps de cette tumeur, elle disparaissait quand il était couché sur le dos, et reparaissait dès qu'il se mettait debout.

» La hernie se distingue d'une tumeur formée par des parties en dehors de l'enceinte abdominale, en ce que l'ouverture herniaire est remplie par une partie des organes déplacés; en palpant la hernie, on reconnaît sa nature solide, on la distingue d'une tumeur formée par un liquide; enfin, en la réduisant, on sent la résistance qu'éprouve un corps solide en passant à travers une ouverture résistante, sensation bien différente de celle qu'on éprouverait en poussant à travers l'anneau inguinal ou crural le pus d'un abcès par congestion. Tels sont les caractères de la hernie. Peut-on reconnaître la partie qui est déplacée?

» 1° *Entérocèle.* — Si c'est l'intestin, il existe toujours quelque dérangement des fonctions digestives. Le malade a souvent des coliques, des borborygmes qui vont du ventre à la hernie; le volume et la consistance de la tumeur varient suivant que l'intestin est vide, ou contient des gaz, des matières liquides ou solides. Ainsi, elle est tantôt élastique et sonore à la percussion, tantôt molle, tantôt plus consistante ou plus étendue. Sa surface est unie; elle se réduit facilement, rentre en masse sous la pression, en faisant en général entendre un bruit de gargouillement. Quelquefois le malade éprouve des éructations, des nausées, des vomissements.

» 2° *Epiplocèle.* — La tumeur est molle, pâteuse, peu sensible à la pression; sa surface est inégale; par le taxis, elle rentre peu à peu et sans bruit. Elle est plus difficile à réduire et à contenir que l'entérocèle; on n'y rencontre pas les variations de volume et de consistance qu'on observe dans la hernie intestinale.

» La hernie épiploïque, de médiocre volume, est rarement fort incommode; elle n'est pas ordinairement accompagnée de dérangement dans les fonctions digestives. Si la masse épiploïque déplacée est considérable, le malade éprouve quelquefois, en se redressant, un sentiment

de tension qui va de la tumeur à l'épigastre; enfin, si la plus grande partie de l'épiploon gastro-colique est dans le sac, l'estomac, entraîné en bas, devient vertical, et ce déplacement produit un dérangement fonctionnel qui peut faire tomber le malade dans un marasme qui l'étreint. (Pipelet, *Académie royale de chirurgie.*) Ces signes de l'épiplocèle ne sont pas sans doute infaillibles; cependant on s'y trompera rarement, si la hernie est simple. Mais si elle est irréductible, si la portion extérieure de l'épiploon est indurée, le diagnostic pourra présenter de grandes difficultés. Les signes commémoratifs seront alors d'un grand secours. Le pédicule de la tumeur, s'engageant dans l'ouverture herniaire, laissera peu de doute. Si une inflammation phlegmoneuse s'empare de l'épiploon hernié, tous les caractères extérieurs pouvant servir de base au diagnostic auront bientôt disparu; mais l'incertitude ou l'erreur aura bien peu d'inconvénients dans ce cas, car le phlegmon et l'abcès qui en seront la conséquence devront être traités comme s'ils avaient leur siége dans le tissu cellulaire extérieur.

» 3° *Entéro-épiplocèle.* — La hernie entéro-épiploïque est composée de deux parties distinctes, dont l'une, élastique, rénitente et sonore à la percussion, se réduit facilement et en masse, et fait entendre, en rentrant, un bruit de gargouillement; l'autre, molle et pâteuse, inégale, rentre plus difficilement, peu à peu et sans bruit. Tels sont les caractères de la hernie récente dont le sac et les parties qu'il contient n'ont subi aucune altération de texture; mais si le sac et les tissus membraneux qui le recouvrent, irrités par des frottements continuels et un long usage du brayer, ont augmenté d'épaisseur, après la réduction de la hernie, ses enveloppes formeront encore une tumeur qui pourrait laisser croire que la réduction n'est pas complète. Si, dans ce cas, l'ouverture abdominale est libre, si ce qui reste de la tumeur n'augmente pas de volume dans les efforts de toux, c'est qu'il ne reste dehors que les enveloppes. Quand le tissu cellulaire extérieur au sac présente cette dégénérescence adipeuse dont j'ai parlé, il peut être fort difficile de reconnaître si la tumeur qui reste dans le scrotum, après la réduction de l'intestin, est formée par les seules enveloppes de la hernie ou par l'épiploon adhérent. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 335.)

Tels sont en général les symptômes de la hernie: mais le plus saillant, le plus caractéristique de tous peut manquer, et son absence entraîne avec elle l'absence ou la modification de plusieurs autres qui en dépendent: ce symptôme, c'est la réductibilité. Cette irréductibilité peut être la conséquence de la disproportion du volume du viscère hernié avec le diamètre du lien qui l'étreint, ou de l'étranglement. Comme cet accident est d'une importance extrême, il sera examiné à part. Mais l'irréductibilité peut tenir à de simples conditions qui n'annoncent aucun désordre que l'irréductibilité même, et ce sont ces conditions que nous devons ici passer en revue.

L'augmentation du volume des parties déplacées, les adhérences contre nature du viscère avec lui-même, ou avec le sac, des brides pseudo-membraneuses traversant cette dernière poche, voilà quelles sont le plus souvent les causes de l'irréductibilité.

L'épaississement et l'accroissement du volume du mésentère et de l'épiploon figurent en première ligne. Dans les vieilles hernies irréductibles, une grande partie du mésentère passe graduellement dans le sac; cette partie, ainsi que l'épiploon, ne peut pas sensiblement augmenter de volume au niveau du collet, mais au-dessous elle se développe au point de ressembler à une tumeur pédiculée. L'épiploon surtout, comme nous le verrons plus loin, s'indure en même temps qu'il s'accroît, et il en résulte un nouvel obstacle à la réduction.

Les adhérences sont ordinairement l'effet d'une péritonite locale, le plus souvent à peine marquée par des symptômes, ou même complétement latente. Ces adhérences offrent des formes et une résistance variées. Quelquefois ce sont de longs filaments isolés qui se portent d'un point à un autre; quelquefois c'est un accollement intime et à pleine surface.

« Les adhérences arrivent, en général,

dans les vieilles hernies qui ont été abandonnées à elles-mêmes et rarement réduites, si jamais elles l'ont été. Elles peuvent aussi exister dans des cas de hernie récente et petite. L'épiploon contracte de ces adhérences très promptement, et beaucoup plus fréquemment que les intestins. Les hernies qui ont été étranglées sont bien probablement devenues adhérentes, en conséquence de l'inflammation qu'elles ont éprouvée. On peut s'attendre à trouver des adhérences dans les hernies anciennes et négligées, ainsi qu'une augmentation de volume des viscères déplacés. » (Lawrence, *Traité des hernies*, traduct. française, p. 105.)

Diagnostic des hernies abdominales. — Si l'on trouve dans quelqu'une des régions où se font habituellement ces hernies, comme l'aine, le scrotum, les lèvres de la vulve, l'ombilic, etc., une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, molle ou rénitente et élastique, qui ait paru sous l'influence d'un effort, il est probable qu'il s'agit d'une hernie. Ce soupçon se convertit en certitude, lorsque la tumeur varie de volume, augmente ou diminue suivant que la pression des viscères abdominaux augmente ou diminue, et qu'elle-même est plus ou moins réductible; lorsque surtout la secousse de la toux lui communique une impulsion qui la reproduit ou la tend. Le gargouillement, qui accompagne la réduction, quand il existe, indique non seulement une hernie, mais encore l'espèce de cette affection, l'entérocèle. La percussion de la tumeur peut aussi donner d'utiles renseignements. Ce que nous pourrions ajouter sur le diagnostic des hernies en général, trouvant plus naturellement sa place dans un chapitre consacré à chaque variété de la maladie, c'est là que nous renvoyons pour le complément séméiologique.

Ce qui précède s'applique surtout aux hernies réductibles; mais on retrouve dans les antécédents tout ce qui a trait à la réductibilité : la tumeur rentrait dans le décubitus dorsal, à l'aide ou sans l'aide de la compression des doigts; elle ressortait dans l'attitude verticale, ou par une secousse de toux, se gonflait pendant les efforts, etc. Le malade le moins intelligent rend compte de toutes ces circonstances. De plus, en examinant le pédicule de la tumeur, on le trouve ordinairement volumineux, et on le suit jusque dans l'anneau qu'il dilate, en général largement, souvent en lui imprimant une déformation plus ou moins marquée. Des borborygmes se manifestent spontanément dans la tumeur, ou la pression y développe le gargouillement, caractères qui ne peuvent appartenir qu'à une hernie intestinale. Quand le tronc se renverse en arrière, on sent assez souvent comme une corde tendue de l'anneau que la tumeur a traversé dans la direction de la colonne vertébrale, et une douleur plus ou moins notable accompagne cette tension; ces deux symptômes sont fréquemment observés dans l'épiplocèle irréductible.

Pronostic des hernies abdominales. — Une hernie réductible et simple, bien maintenue par les moyens que nous indiquerons, n'est pas grave par elle-même; elle ne le devient que par l'étranglement qui peut venir la compliquer; cette affection est encore fâcheuse par la difficulté d'obtenir une cure radicale. En somme, la hernie la plus simple est en général une infirmité sujette à un accident terrible, l'étranglement, qu'on ne peut prévenir qu'avec des soins et une attention de tous les instants.

Complications des hernies abdominales. — Ces complications sont l'irréductibilité, l'inflammation, l'engouement et l'étranglement. C'est surtout en nous occupant du traitement de ces complications que nous les ferons connaître.

Traitement des hernies abdominales. — Le traitement est palliatif ou curatif.

Traitement palliatif. — *Taxis.* — La première indication que présente une hernie, c'est la réduction. Nous avons déjà vu que parfois cette réduction se fait d'elle-même dès que le sujet a pris l'attitude horizontale. Pour ces hernies et d'autres qui rentrent un peu moins facilement, on les réduit sans faire coucher le malade; il suffit d'embrasser la tumeur avec la main, ou même de la presser d'une manière quelconque, et elle rentre. Mais dès que l'opération devient un peu difficile, on doit recourir à la position horizontale; la réduction est réellement alors une opération régulière : elle porte le nom de *taxis*.

De tous les chirurgiens qui se sont occupés de ce sujet, J.-L. Petit est celui qui, selon nous, l'a incontestablement le mieux traité, et nous ne saurions mieux faire que de lui en emprunter la description.

« Il faut d'abord, pour réduire la hernie, commencer par donner au malade une situation convenable. Elle consiste à le coucher sur le dos, le ventre plus bas que les fesses et la tête, aussi bien que la poitrine un peu plus élevée que le ventre, afin de relâcher les muscles mastoïdiens, les muscles droits et autres de l'abdomen; parce que, dans la situation contraire, la capacité du ventre n'obéissant pas aux parties qu'il faut faire rentrer, on serait obligé d'employer plus de force pour vaincre cette résistance, ce qui meurtrit les parties et causerait des accidents auxquels il n'est pas toujours possible de remédier.

» Le malade étant donc disposé de la façon dont nous venons de le dire, on lui fait plier les cuisses et les genoux, de manière que la plante des pieds porte à plat sur le lit, et que la peau de l'aine soit relâchée. On passe la main droite, si la maladie est du côté droit, par-dessous la cuisse; ensuite, ayant, avec l'autre main qu'on a placée sur le ventre, entouré l'anneau ou l'arcade (selon l'espèce de hernie), on réunit les deux mains dont on investit la tumeur dans toute son étendue; alors on la comprime doucement, et, si l'on s'aperçoit de l'endroit qui fait moins de résistance, on y dirige l'impulsion des parties.

» Il est bon de remarquer que tout ceci ne doit s'exécuter qu'avec une extrême douceur; et, si quelqu'un imaginait qu'en poussant les parties avec violence on les oblige à rentrer plus promptement, qu'il se détrompe, parce qu'il arrive, au contraire, que ces parties se replient contre les bords de l'anneau, et que, ne pouvant aller plus loin, elles se trouvent exposées à la compression, à la meurtrissure et autres inconvénients que nous avons dit qu'il fallait éviter.

» Voilà bien, à la vérité, une idée de ce qu'il faut faire; mais il s'agirait maintenant d'en donner une du comment cela se fait, et de transmettre à d'autres une infinité de manœuvres délicates que l'usage seul peut nous apprendre. Quelque difficile que soit la chose, je ne laisserai pas cependant de faire quelques tentatives.

» Il faut d'abord qu'on sache que si les doigts ne sont pas assez proches les uns des autres pour investir et comprimer également la tumeur, celle-ci semble obéir, ce qui fait croire que l'anneau cède, et que les parties rentrent; mais on se trompe, et ce qui en impose en pareil cas, c'est que les parties se logent dans les intervalles des doigts à mesure qu'elles sont pressées, en sorte que, pour réussir, il faudrait que les doigts pussent presser la tumeur dans tous ses points, excepté à l'endroit de l'anneau. Alors une légère pression de la part des doigts ferait rentrer les parties, surtout s'il ne se rencontrait ni étranglement ni adhérence. Je sais qu'il est presque impossible que les deux mains, quoique exactement appliquées à la tumeur, puissent toujours opérer cette compression douce, uniforme, et telle enfin que le demanderait cette réduction; mais du moins doit-on faire tous ses efforts pour approcher de ce point le plus qu'il est possible.

» Pour faire entendre ma pensée, qu'il me soit permis de faire une supposition :

» On sait que le sac herniaire touche et investit exactement les parties qui y sont renfermées : c'est de cette manière que je voudrais que le chirurgien pût investir la tumeur, et comme cela n'est pas possible, je souhaite du moins qu'il fasse tous ses efforts pour approcher le plus qu'il pourra de ce point.

» Supposons maintenant que le sac qui n'est que membraneux soit enveloppé de fibres charnues, je dis que la force de ces fibres, agissant universellement et également sur toute la surface du sac, sera capable de faire rentrer les parties qui forment la hernie; au lieu que si les doigts se trouvent incapables de produire un pareil effet, ce n'est pas qu'ils manquent de force, puisqu'ils n'en ont quelquefois que trop, mais c'est qu'ils ne peuvent point embrasser et investir également toute la surface de la tumeur, et que conséquemment ils ne peuvent pas en compriprimer également tous les points. Mais ce que je viens de donner seulement comme supposition se trouve réel dans quelques cas, comme dans le bubonocèle, hernie complète et incomplète. Dans le bubono-

cèle incomplet, le sac herniaire est enveloppé du muscle crémaster; dans le complet, il est non seulement enveloppé de ce muscle, mais encore du dartos. Personne n'ignore ces faits ; mais ce que bien de gens ne savent pas, c'est que l'action de ces muscles suffit quelquefois pour faire rentrer les hernies : c'est une chose que j'ai vue. » (J.-L. Petit, édition compacte, p. 644.)

Cet illustre chirurgien rapporte le cas si connu de réduction d'une hernie étranglée sous l'influence d'un seau d'eau froide jeté brusquement entre les cuisses du malade, cas que nous reproduirons ailleurs; puis il continue en ces termes :

« J'avoue que je fus fort étonné; mais du moins j'appris que le crémaster et le dartos, par une contraction forte et subite, pouvaient faire rentrer une hernie mieux que les doigts les plus agiles et les plus expérimentés ; car ce n'est qu'à la contraction de ces muscles qu'on peut attribuer cette réduction.

» On objectera peut-être que les doigts, convenablement placés, auraient pu faire la même chose, qu'ils ont assez de force, et qu'enfin on peut de même les mettre subitement en action. Ils en ont même plus qu'il n'en faut; mais comme je l'ai déjà dit, ce n'est pas là le point dont il s'agit : il faut que les forces qui poussent soient également appliquées à tous les points de la surface des parties qu'il faut faire rentrer, et c'est ce qu'on ne peut obtenir des doigts. Depuis que j'ai vu rentrer les hernies par l'eau froide, j'ai observé, dans plusieurs malades qui n'avaient point d'étranglement, que sans faire aucun effort avec les doigts pour faire rentrer leurs hernies; j'ai vu déjà, que la seule exposition à l'air froid les faisait rentrer : je ne m'en étonne point, puisque tout le monde sait que le scrotum et les testicules s'approchent du ventre toutes les fois qu'on s'expose à l'air ou que l'on met une chemise froide. C'est cette contraction douce, égale et continue qui opère mieux que des forces considérables ne pourraient faire. » (J.-L. Petit, *loc. cit.*, p. 646.)

Nous reviendrons plus loin sur le taxis à propos de l'étranglement; nous allons maintenant nous occuper de la contention.

Contention des hernies abdominales. — On maintient les hernies réduites à l'aide de bandages. Tout bandage se compose : 1° d'une ceinture; 2° d'une pelote; 3° du moyen d'union de la ceinture et de la pelote; 4° de la garniture qui comprend les courroies et les sous-cuisses. Faisons connaître successivement chacun de ces éléments du bandage.

A. *Ceinture.* — Il y a deux espèces de ceintures; la ceinture *molle* et la ceinture métallique. La ceinture molle, qui est faite de toile, de futaine ou de cuir, est peu usitée aujourd'hui : on lui reproche de n'avoir pas assez d'élasticité pour se prêter aux variations de volume du ventre; d'exercer une compression d'autant plus énergique, que le bassin figurant une ellipse à grand diamètre transverse, les points où porte principalement son action sont les extrémités de ce diamètre, c'est-à-dire les hanches, et la plus faible au niveau de la hernie; de plus, elle exige l'addition d'un sous-cuisse assez serré lui-même ; enfin elle s'affaiblit et s'use promptement.

« De ces reproches, dit M. Malgaigne, le second est assurément le plus grave; les autres sont communs à beaucoup de bandages à ceinture métallique. Je pense, pour ma part, que la ceinture molle a été beaucoup trop négligée. Souvenez-vous que jusqu'au XVIIe siècle, la plupart des chirurgiens, A. Paré en tête, ne faisaient usage que de ceintures molles, et que bien certainement ils maintenaient un assez bon nombre de hernies. » (Malgaigne, *loc. cit.*, p. 91.)

Camper lui-même, bien que l'auteur d'une modification assez importante du bandage français, employait assez souvent les ceintures molles. En raison des inégalités des diamètres horizontaux du bassin, on donne une grande épaisseur à la pelote, ce qui permet à la ceinture d'exercer une pression suffisante sur l'orifice herniaire.

Quoi qu'il en soit, ce serait exagérer, ce nous semble, la valeur de la ceinture molle que de la recommander autrement que comme bandage provisoire.

La ceinture *métallique* est de fer ou d'acier. La première est tombée par son défaut d'élasticité; les efforts de M. Mayor n'ont pas même réussi à faire adopter les

ceintures en fil de fer qui avaient bien quelque ressort, mais qui en avaient trop peu.

Les ceintures d'acier ont reçu, de leur élasticité, le nom de *ressorts*. Le ressort d'un bandage pour une hernie simple n'est pas le même que pour une hernie double. Examinons d'abord le ressort simple.

C'est une lame d'acier assez mou, courbée en demi cercle, de manière à faire à peu près la moitié du tour du corps, du côté opposé à la hernie. Comme la partie supérieure du sacrum sur lequel le ressort prend en arrière son point d'appui est plus élevée que l'anneau inguinal ou crural sur lequel sa pelote doit presser en avant, les uns ont fixé l'extrémité antérieure du ressort à la partie supérieure de la pelote, ce qui est une disposition très défectueuse; les autres, d'après une idée plus ingénieuse, font décrire à la lame métallique une spirale qui en abaisse l'extrémité antérieure sur l'anneau. Ce ressort, dont nous ne donnons ici qu'une idée générale, est adopté par la plupart des chirurgiens.

Voici les reproches que lui adresse M. Malgaigne :

« Le ressort des bandages herniaires peut assez bien se comparer à celui qui constitue les pincettes de cheminée : n'est-il pas vrai que pour prendre solidement un tison, il faut que les bouts des pinces se répondent, et que le tison s'échappe si l'un des bouts passe par dessous l'autre? C'est là l'histoire du ressort de Salmon et du ressort de Valérius. Dans le premier, toute la force de pression est employée; dans l'autre, il y en a une grande portion qui est perdue, décomposée par l'obliquité inverse des deux extrémités du ressort. » (*Loc. cit.*, p. 97.)

Au lieu de ne faire embrasser à ce ressort que la moitié de la circonférence du corps, quelques chirurgiens en avaient allongé la partie postérieure jusqu'à lui faire décrire les deux tiers, les trois quarts, les quatre cinquièmes du tour du tronc, Camper le porta jusqu'aux cinq sixièmes. Scarpa remarque bien que Camper ne démontre pas, d'une manière très intelligible, les avantages de son bandage; il n'en est pas moins vrai que ce bandage tenait mieux et n'avait pas besoin de sous-cuisse.

Camper avait fait voir clairement un point : c'est que l'extrémité antérieure du ressort ne devait pas être inclinée en bas, et que cette inclinaison abaissait le centre du ressort et relevait la pelote. Le ressort venait donc s'attacher directement au bord supérieur de la pelote; c'était un défaut, mais qui avait permis d'en éviter un autre plus grave.

« Sans cette fatale attache du ressort à la pelote, dit M. Malgaigne, le bandage de Camper l'emporterait peut-être sur tous les autres, et je dis peut-être, parce que la ceinture est bien longue et bien lourde, et qu'elle s'applique trop immédiatement à la peau. » (*Loc. cit.*, p. 98.)

Le ressort précédent, dont nous ne donnerons pas toutes les modifications, a reçu le nom de *ressort français*, comme celui que nous allons faire connaître a été désigné par le nom de *ressort anglais*.

Les ressorts anglais, au lieu d'embrasser le côté du corps qui répond à la hernie, entourent le côté sain. Celui de Salmon, qui est le plus simple et le meilleur, est une ellipse tronquée dont l'une des extrémités est placée sur l'anneau ou sur le canal inguinal; l'autre va d'elle-même s'appuyer sur le côté correspondant du sacrum. La pression antérieure et la pression postérieure sont directement opposées l'une à l'autre; ainsi il n'y a point de décomposition, point de déchet de force. De plus, l'ellipse embrassant une grande partie du tronc, et se formant en dehors de la ligne médiane, le ressort n'a aucune tendance à glisser du côté où il est appliqué, comme ferait le ressort français s'il n'était retenu par une courroie ; de façon que, dans beaucoup de cas, non seulement il peut se passer de sous-cuisse, ainsi que celui de Camper, mais encore de courroie, et qu'en vertu de son mécanisme simple, il reste fixé à la place où il est appliqué. Il ne comprime alors absolument que par ses deux extrémités; le reste est libre et ne touche même pas la peau. Enfin, la partie moyenne de sa courbure s'élève fort au-dessus du grand trochanter, et ne craint pas d'être dérangée dans les grands mouvements d'abduction de la cuisse.

Ce ressort est plus épais, en général,

que le ressort français ; il ne se laisse pas plier avec la même facilité. Il est ainsi plus solide ; mais il ne s'adapte plus aussi aisément à toutes les formes du bassin. Quand on a besoin d'en modifier la courbure, il faut recourir à l'enclume, ce qui diminue la solidité.

Ce ressort est le meilleur de tous, quant à la forme ; il faut encore qu'il soit d'un excellent acier, condition qu'il est difficile de rencontrer dans le commerce.

MM. Valérius et Bruat, et quelques autres, ont voulu perfectionner le bandage de Salmon et ne sont parvenus qu'à le gâter.

B. *Pelote.*— Après la ceinture, la pièce la plus importante d'un bandage herniaire c'est la pelote. Il y a à considérer dans une pelote la matière et la forme.

Quant à la matière, il y a :

1° Les pelotes molles et sans élasticité, comme les tampons de charpie, de linge, de papier mâché, les fragments de papyrus dont parle Aétius, les sachets de poudres médicamenteuses, etc. Nous ne les citons que pour mémoire.

2° Les pelotes molles, sans élasticité, mais soutenues par une plaque résistante dont elles ne sont, en quelque sorte, que la garniture. Sur une plaque métallique on assujettit une pelote constituée par une enveloppe de toile très forte, remplie de bourre de crin, de laine, etc., et le tout, pelote et plaque, est définitivement recouvert d'une peau chamoisée.

« Quand ces pelotes sont neuves, elles offrent une mollesse satisfaisante combinée avec une suffisante résistance, et par la faculté qu'elles ont de s'affaisser dans les points où la pression est la plus forte, elles présentent l'avantage de se mouler jusqu'à un certain point sur les parties où on les applique. C'est un avantage réel, et qui fait que je les préfère dans certains cas, que je signalerai en temps et lieu. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il soit tel que la théorie le ferait espérer ; et au bout de quelque temps, surtout quand on se sert d'un ressort un peu puissant, le tassement des matières qui constituent la pelote est tel que la forme primitive a complétement disparu, que la mollesse a fait place à une dureté égale, ou, peu s'en faut, à celle du bois ; et enfin la sueur, pénétrant les éléments de la pelote, finit par en faire un objet à la fois dégoûtant et nuisible. Si l'on veut de la solidité, ces pelotes ne valent rien, puisqu'elles sont sujettes à s'affaisser ; si l'on veut de l'élasticité, elles en manquent absolument ; si l'on veut de la mollesse, au bout d'un mois elles l'ont presque entièrement perdue ; enfin, elles perdent aussi promptement la forme qu'on avait cru devoir leur donner. Conçoit-on qu'avec tous ces défauts elles soient restées jusqu'ici les plus usitées ? Je le répète, je n'y ai recours que dans des cas exceptionnels ; et en thèse générale elles sont aussi mauvaises que celles dont nous avons parlé en premier lieu. » (Malgaigne, *Leçons orales sur les hernies*, p. 108)

3° *Pelotes élastiques.* — Il y en a deux variétés.

Quelques bandagistes du XVIIIe siècle montaient la pelote sur deux plaques entre lesquelles des ressorts courbes étaient disposés à peu près comme les ressorts elliptiques récemment adoptés pour la suspension des voitures. M. Jalade-Lafond avait imaginé de former la convexité de la pelote même avec des lames d'acier. Enfin, M. Pernet avait recours aux ressorts en spirale ; mais toutes ces pelotes à ressort métallique sont abandonnées.

MM. Cresson et Sanson ont dans ces derniers temps proposé une pelote à air. Le fluide élastique était contenu dans une enveloppe de caoutchouc. Pendant les deux premières semaines, l'action de cette pelote est admirable, mais ensuite l'air s'échappe par un défaut de soudure de la poche de caoutchouc ou à travers les pores mêmes de cette substance, et la pelote est usée. On y a renoncé. M. Cresson ne fabrique plus que des pelotes en caoutchouc à air renouvelable ; mais elles sont très chères et médiocrement sûres.

Il ne faudrait cependant pas rejeter entièrement les pelotes à air. L'épine pubienne est quelquefois tellement saillante, que la peau qui la recouvre serait attaquée par une pelote un peu dure, ou deviendrait au moins le siége de douleurs intolérables ; alors la pelote à air ne peut être suppléée par aucune autre.

4° *Pelotes dures.* — Il y en a quatre espèces :

a. Pelotes de bois. — On en a fait en buis ; mais ce bois est trop lourd, et l'on

préfère aujourd'hui le hêtre. Les pelotes de bois étaient oubliées depuis longtemps, lorsque tout récemment le hasard leur redonna un instant de vogue en Amérique. Un bûcheron, qui portait un bandage ordinaire, sentit couler sa hernie en fendant du bois. Il eut beau la réduire, le bandage ne la contenait plus. Il eut l'idée de mettre sous la pelote un éclat de bois grossièrement arrondi, et sa hernie ne s'échappa plus. C'est ce que nous expliquerons plus tard. Disons seulement dès à présent que les pelotes en bois écorchent la peau et méritent l'abandon où elles sont tombées.

b. Les *pelotes en ivoire* ont les mêmes inconvénients.

c. Les *pelotes en bois garnies de laine* et recouvertes de peau chamoisée seraient préférables.

Dans les lignes suivantes, M. Malgaigne indique une nouvelle espèce de pelote et donne une appréciation générale des autres.

d. « Le caoutchouc en masse compacte m'a paru réunir toutes les conditions; M. Cresson, qui le manie fort habilement, m'en a fabriqué des pelotes de toutes les dimensions et de toutes les formes, et ce sont celles que je prescris le plus volontiers. Il restait à savoir si, par l'effet du temps, elles ne s'affaisseraient pas ou ne perdraient pas leur forme; en voici une qui a été portée un an et qui n'est nullement déformée. Du reste, d'après ce que j'ai dit précédemment, vous voyez que je suis loin de leur accorder une préférence exclusive. Pour les localités qui ne pourraient s'en procurer, les pelotes en bois garnies remplissent presque aussi bien les mêmes indications, et souvent je les emploie moi-même; ensuite il y a des cas où j'ai recours aux pelotes à air, et, enfin, aux pelotes rembourrées montées sur une plaque métallique. » (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 114.)

Grandeur et forme de la pelote. — Les pelotes sont *petites* ou *très larges*.

Elles sont *plates* ou *bombées*.

Elles sont *circulaires*, *demi-circulaires*, *elliptiques* et *triangulaires* ou à *bec de corbin*.

M. Malgaigne discute ainsi qu'il suit la valeur respective des pelotes étroites et des pelotes larges :

« Dans le cas d'une hernie oblique traversant toute la longueur du canal inguinal, sans l'avoir trop délicate, si l'on tient à ce que le centre de la pelote réponde à l'anneau inguinal externe, il faudra une pelote très large pour couvrir en même temps le canal; mais suivant M. Malgaigne, ce point n'est plus à discuter : c'est sur le canal entier qu'il faut agir, et particulièrement sur son orifice interne; et quand on recherche avec la main quel est le meilleur moyen de fermer ce canal et cet orifice, nous trouvons que la pulpe du pouce appuyée sur toute la longueur du canal remplit très bien cet orifice. Il n'y a aucun doute que la pelote qui imiterait l'action du pouce serait préférable à toutes les autres; et cela semble juger la question en faveur des petites pelotes. Mais comme, avec cette étroitesse, un léger dérangement de la pelote laisserait à découvert une partie de l'orifice herniaire, il faut se tenir ici dans un juste milieu.

» Toutefois, continue l'auteur, si vous ajoutez à la pelote moitié en sus de la longueur du canal et moitié en sus de la longueur du pouce, cela suffira pour éloigner toute crainte; et chez les sujets jeunes et robustes, la hernie étant dans les conditions indiquées, je ne donne pas à mes pelotes plus d'étendue. Cela préjuge, pour le même cas, la question des pelotes plates ou bombées; avec aussi peu de surface la pelote déprimera toujours les chairs, comme le ferait une pelote plus large et très proéminente; mais d'ailleurs, je veux que sa surface soit assez convexe, et voici pourquoi : Pour tenir la paroi antérieure du canal appliquée contre la postérieure, nous sommes obligés de déprimer assez profondément cette paroi antérieure formée par l'aponévrose résistante du grand oblique: on a une surface plane; les contractions du muscle, en tendant l'aponévrose, soulèveraient facilement la pelote et laisseraient le canal entr'ouvert. Avec une convexité très saillante, les fibres aponévrotiques déprimées vis-à-vis le canal ne répondent qu'à un très petit nombre de fibres musculaires impuissantes dès lors pour soulever la pelote, et les parois du canal demeurent en contact. Ceci est une explication, mais une explication *à posteriori;* et la préférence que je donne aux pelotes petites et bombées est fondée sur

de nombreuses expériences. C'est ainsi que j'ai obtenu nombre de cures radicales.

» Mais vous avez affaire à une hernie indirecte qui a dilaté le canal; quand le sujet tousse, si vous placez le doigt sur l'anneau externe, la hernie soulève la paroi antérieure et fait saillie comme un œuf de poule; ou bien même les deux parois sont également distendues, et l'on ne saurait appuyer le pouce sur le canal sans le déprimer profondément vers l'abdomen. Alors on chercherait vainement à procurer la cure radicale; et les pelotes petites et fortement bombées auraient l'inconvénient d'érailler encore les aponévroses plus qu'elles ne le sont déjà. Il faut leur donner plus de longueur, afin qu'elles prennent un point d'appui sur les portions aponévrotiques voisines qui ont gardé leur force et leur résistance; et comme on est bien obligé de leur conserver assez de proéminence pour qu'elles s'appliquent cependant sur le trajet déprimé de la hernie, il faut prendre garde que cette saillie soit fort légère en dehors, où, comme on sait, le *fascia transversalis* est très mince et très faible, et on les rentrera principalement en dedans, vis-à-vis l'anneau externe qui répond à une portion du *fascia* plus épaisse et plus solide. Je leur donne alors une longueur au moins double de celle du pouce, et une saillie ovoïde qui va en mourant du côté de l'anneau abdominal.

» Autre circonstance : la hernie parcourt le canal sans l'avoir dilaté; mais elle a lieu chez un vieillard; les tissus sont affaiblis d'abord par l'âge, et de plus par l'obésité. Comme j'avais vu des hernies disparaître, même chez des sujets de près de soixante-dix ans, j'avais pensé, dans l'origine, que l'on devait tenter même à cet âge la cure radicale, et j'employais en conséquence les mêmes pelotes petites et bombées qui me réussissaient si bien chez les jeunes sujets. L'expérience m'a détrompé; ces pelotes commencent par déprimer et écarter le tissu adipeux sous-cutané; mais ensuite elle agissent trop fortement sur l'aponévrose affaiblie : elles la distendent, l'éraillent même, et au lieu du succès que je me promettais, je trouvais, au bout de quelques mois, l'anneau plus large, le canal plus faible, et la hernie plus forte qu'auparavant. Il faut, en cas pareil, des pelotes très larges ayant au moins trois travers de doigt en largeur et quatre en longueur, avec une convexité très légère et partout uniforme. Ne vous avancez jamais alors jusqu'à promettre la cure radicale; assez souvent la hernie disparaîtra encore, mais pour reparaître le plus souvent si le sujet ôte son bandage; et dans tous les cas il est prudent de le lui faire porter toujours.

» Il va sans dire que toutes les fois que le canal a gardé sa longueur, il faut que la pelote s'y accommode, et qu'elle soit ainsi plus étendue dans un sens que dans l'autre; en un mot à peu près elliptique.

» Mais voici ce que vous avez à faire à une hernie devenue presque directe, ou même directe absolument. Alors la pression exercée avec le pouce sur le canal ne retient plus la hernie; le moyen le plus simple alors est de refouler la peau dans l'anneau inguinal à l'aide d'un doigt, ou de deux, ou de trois, selon la largeur de l'ouverture. En appliquant ici dans sa rigueur le principe de M. Mayor, il faudrait que la pelote offrît une saillie digitiforme pour refouler la peau à la manière du doigt; et cette idée paraît au premier abord aussi heureuse que nouvelle. Mais, comme j'ai déjà eu plus d'une fois occasion de le dire, les vues théoriques les plus séduisantes viennent souvent échouer à l'application. J'ai essayé cette forme de pelote pour une hernie directe qui offrait d'énormes difficultés : le bandage appliqué, la hernie était bien contenue, mais à la condition que le sujet demeurât immobile; au moindre mouvement, le prolongement digital heurtait contre les bords de l'anneau ou même était repoussé au dehors, et la hernie s'échappait. » (Malgaigne, *Leçons orales sur les hernies*, p. 119.)

M. Malgaigne avait imaginé des pelotes à saillie digitale; mais leurs nombreux inconvénients, et surtout l'extrême difficulté de les maintenir en place, les lui ont fait abandonner.

La pelote à *bec-de-corbin* réussit quelquefois quand toutes les autres ont échoué.

Nous ne nous arrêterons d'ailleurs pas davantage aux diverses particularités de la forme et de la convexité de la pelote,

d'autant plus qu'elles n'ont pas l'importance qu'on a cru y voir.

Mode d'union du ressort et de la pelote. — On a beaucoup discuté sur le point de la pelote qui doit recevoir le ressort. Depuis Salmon, on s'accorde généralement à reconnaître que le ressort doit arriver au centre de la pelote, ou plus exactement à l'endroit où doit s'exercer la plus grande pression.

Ce qu'il y a de capital dans l'union de la pelote avec le ressort, c'est la fixité ou la mobilité de ces deux pièces l'une sur l'autre.

C'est à Salmon qu'est due l'idée de la mobilité de la pelote. Pour permettre à la pelote de s'incliner ainsi en haut et en bas et d'un côté à l'autre, on a eu recours à deux mécanismes différents. Le bout du ressort anglais, percé de deux ou trois trous, est engagé dans une petite mortaise de cuivre sur laquelle il est fixé par une vis; cette mortaise se coude brusquement à angle droit du côté de la pelote, et donne naissance à une petite tige, qui tantôt se termine en boule et est reçue dans une genouillère fixée à la pelote; d'autres fois cette tige s'aplatit, est percée d'un trou, s'engage dans une cavité creusée sur le dos de la pelote, et est retenue là par une petite clavette qui traverse à la fois toute la longueur de la pelote et le trou de la tige métallique. Cette importation anglaise fut d'abord mal accueillie en France. Cependant dans les cas de hernie simple, et nous avons surtout en vue la hernie inguinale, soit que la pression doive porter sur tout le canal ou plus spécialement sur l'anneau externe, surtout si le ventre est un peu bombé et le sacrum élevé en arrière, ces pelotes, dit M. Malgaigne, sont véritablement admirables; le bandage tient tout seul, sans courroie, et sans sous-cuisse; la pelote se fait son nid, pour ainsi dire, et obéit aux mouvements du ventre, de telle sorte que la pression agit toujours perpendiculairement sur l'endroit où elle doit porter.

Lorsque le sujet est maigre, le ventre plat, le pubis saillant, la pelote tend à remonter et l'on a besoin d'un sous-cuisse pour la retenir, et ce sous-cuisse lui ôte une partie de sa mobilité; alors une entière fixité est préférable. Il en est de même dans les hernies doubles; les pelotes des deux bandages, devant être bridées par une courroie qui va de l'une à l'autre, perdent encore une grande partie de leur mobilité; mieux vaut donc des pelotes entièrement fixes.

Quel est le meilleur moyen de joindre d'une manière fixe le ressort à la pelote? Le plus solide sera le meilleur. Si le ressort et la plaque de la pelote sont d'une seule pièce, rien de mieux. Si ces deux pièces sont fabriquées isolément, on les rive ensemble, etc. Quant au degré d'inclinaison de la pelote, il doit être, en général, proportionné à la saillie de la région où elle s'applique.

Nous ne nous arrêterons pas sur les garnitures des ressorts, sur les courroies, sur les bretelles et les sous-cuisses: ce que nous en pourrions dire sera bien mieux compris par l'inspection comparative de quelques bandages que par la description la plus claire.

Application des bandages. — Nous avons indiqué et la manière de faire rentrer la hernie, et les appareils destinés à la contenir, ou à l'empêcher de ressortir; il nous reste à décrire l'application de ces appareils. Rien de plus simple que cette application. Une fois la hernie réduite, le malade s'oppose à sa sortie en plaçant un ou plusieurs doigts sur l'anneau: on passe le bandage autour du corps de telle sorte que la pelote de derrière soit à la hauteur convenable (on voit que c'est toujours la hernie inguinale ou crurale que nous avons principalement en vue), et ramenant la pelote antérieure au-dessus des doigts du malade, le chirurgien y substitue les siens, puis aux siens il substitue la pelote. Lorsqu'il y a deux hernies, on fait maintenir d'abord la première pelote par les doigts du malade, jusqu'à ce que la seconde soit placée et réunie à l'autre par la courroie.

Dans les hernies dont la réduction est facile, il y a un procédé plus simple encore. Le bandage passé autour du corps, on en appuie la pelote sur l'épine iliaque ou sur le ventre au-dessus de l'anneau: alors on réduit la hernie, et en la maintenant réduite d'une main, de l'autre on attire et l'on place la pelote sans avoir besoin de l'aide du malade.

Le bandage appliqué et assujetti, il est

très important de s'assurer que la hernie est suffisamment maintenue. Les épreuves des bandagistes à ce sujet sont illusoires : ils font tousser le malade debout ou couché, et si la tumeur ne sort pas, ils sont satisfaits. Une épreuve réellement sérieuse, et qui selon M. Malgaigne peut dispenser de toutes les autres, consiste à faire mettre le sujet à croupion, les cuisses écartées, le corps penché en avant, et à lui faire faire, dans cette position, de grands efforts de toux, cela suffit presque toujours.

« Cependant chez les sujets jeunes, actifs, adonnés à de violents exercices, vous pourrez essayer le saut, l'abduction brusque de la cuisse du même côté; et chez les hommes qui exercent des professions exigeant un grand déploiement de forces, la plus terrible épreuve pour le bandage est celle-ci : faites écarter les jambes au malade, et faites lui relever de terre à bras tendus un objet très lourd; si au milieu de l'effort, il jette un éclat de toux et que le bandage résiste, on peut affirmer qu'il tient bien pour le moment. » (Malgaigne, *Leçons orales*, p. 163.)

Un bandage qui résiste à l'épreuve qui en suit immédiatement l'application peut cependant bien être insuffisant. En effet, quelques jours d'usage peuvent affaisser la pelote ou le tissu cellulaire sous-cutané; il arrive que certains efforts naturels imprévus ont plus de puissance que nos épreuves pour chasser la hernie. Il faut donc qu'un bandage ait été porté quelques jours pour qu'on puisse répondre de son efficacité. Il faut aussi qu'il ne blesse pas le malade. Comme un bandage peut par la rupture du ressort, par un accident quelconque, être mis hors de service tout à coup, il est bon d'en avoir deux.

Traitement curatif ou cure radicale des hernies abdominales. — La cure radicale des hernies consiste à obtenir une oblitération de l'anneau ou un resserrement suffisant pour opposer un obstacle insurmontable à la reproduction de la tumeur. Pour atteindre ce résultat on a essayé plusieurs moyens que nous allons passer en revue.

a. Position. — La plupart des hernies rentrent d'elles-mêmes quand le malade est couché sur le dos. De là l'idée bien simple d'empêcher par le décubitus dorsal la hernie de rentrer dans l'anneau et de s'opposer à son resserrement. Fabrice de Hilden, Arnaud et plusieurs autres chirurgiens ont ainsi obtenu des guérisons radicales. M. Ravin a beaucoup préconisé ce moyen dont il augmentait l'efficacité en le modifiant, en plaçant le bassin plus élevé que le reste du corps, et le côté de la hernie plus élevé que le côté sain.

Cependant il ne faudrait pas s'exagérer l'influence de la position, car elle est loin de toujours réussir comme on le voit dans le cas que nous allons rapporter.

Obs. « 20 juillet 1842. — Le nommé Magny, âgé de soixante-seize ans, ancien tailleur, n'a pas quitté le lit depuis plus de sept ans. Il y a six ans il fut pris d'un rhume à la suite duquel il s'aperçut d'une hernie à droite. Elle n'a augmenté ni diminué depuis cette époque, elle ne lui a jamais occasionné aucune douleur; elle sort et se réduit avec la plus grande facilité. Elle est encore interstitielle; on en voit aussi une commençante du côté opposé. Cet individu succomba quelque temps après cet examen; mais je ne pus faire son autopsie. » (Roustan, *Journal de chirurgie*, octobre 1843, p. 324.)

Ce cas pathologique laisse peut-être à désirer; car un décubitus déterminé par une maladie, en occasionnant l'amaigrissement, ne place pas le sujet dans des conditions favorables à la guérison de la hernie; mais cet auteur cite un autre fait qui ne donne aucune prise à cet égard, puisque malgré l'embonpoint qui se développa pendant un long séjour au lit, la hernie persista.

Ces cas font voir à quelle illusion on s'exposerait en comptant généralement sur les succès de M. Ravin, qui porte à deux mois la durée moyenne de ce traitement radical, et qui a guéri en vingt-six jours une hernie qui s'était formée brusquement.

b. Compression. — La compression n'est qu'un auxiliaire, mais un auxiliaire puissant, il est vrai, des autres méthodes.

Les bandages que nous avons décrits et qu'on emploie pour la cure palliative, procurent quelquefois la cure radicale, en s'opposant, comme la position et mieux que la position, à la sortie de la hernie.

Voici comment A. Cooper expose ce point de pratique :

« Il est difficile de déterminer quelle doit être la durée de l'emploi du bandage. J'ai vu une hernie complétement guérie neuf mois seulement après l'application du bandage; et il n'est pas rare de rencontrer des cas où la cure radicale a été obtenue dans l'espace d'une année. Toutefois je pense qu'en tout état de cause, le bandage doit être porté au moins deux ans, même par les jeunes sujets chez lesquels seulement une guérison radicale peut être espérée par ce moyen. Quant aux personnes d'un âge plus avancé, elles doivent en continuer l'usage jusqu'à la fin de leurs jours ; car il n'est pas probable qu'il se produise chez elles des changements bien notables dans le collet du sac. Je n'ai jamais vu les sujets de cet âge suspendre pendant longtemps l'emploi du bandage sans éprouver une récidive. Tant que le sujet est dans la période d'accroissement, les parties se modifient promptement sous l'influence de la pression ; mais chez les adultes et chez les vieillards les changements sont beaucoup plus lents à s'établir.

» Le bandage doit être porté même pendant la nuit, de crainte qu'une circonstance imprévue n'oblige le malade à sortir de son lit dans un moment où il est privé des moyens propres à prévenir les effets fâcheux d'un changement brusque de position ; car, pour peu que la hernie se reproduise une seule fois pendant qu'on porte un bandage, le traitement est tout entier à recommencer.

» Le malade doit avoir à sa disposition deux bandages, afin de pouvoir, en cas d'accident, remplacer à l'instant même celui dont il fait usage. Il se trouve aussi très bien de changer le matin le bandage qui a été appliqué pendant la nuit.

» Une hernie qui paraissait guérie depuis longtemps se reproduit quelquefois sous l'influence d'un mouvement brusque. Cela tient à ce que les adhérences de l'orifice du sac sont imparfaites et cèdent à la pression des viscères. J'ai été consulté par un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, pour la récidive d'une hernie inguinale gauche, qui avait paru pour la première fois à l'âge de sept ans. Pendant seize années il avait porté un bandage, et il y avait deux ans qu'il en avait cessé l'usage, sans que la hernie eût reparu.

» Les hernies qui se reproduisent dans de telles conditions sont beaucoup plus susceptibles d'étranglement que les hernies récentes, à cause de l'épaississement qui a été produit dans le collet du sac par la pression du bandage ; épaississement qui est en même temps un obstacle à la réduction de l'intestin déplacé.

» Ce qui fera toujours hésiter un chirurgien prudent à promettre une guérison radicale par l'emploi du bandage, c'est que, bien que le sac primitif soit fermé à son collet par adhérence ou par oblitération complète, il est possible qu'il se fasse un second sac contigu au premier. On trouve alors, l'un à côté de l'autre, deux sacs herniaires, dont l'un est béant et peut recevoir les intestins s'ils sont poussés au dehors, et l'autre contracté au point de ne pouvoir admettre un tuyau de plume. Sur un sujet qui m'a offert cette disposition, la guérison s'était effectuée pour le premier sac, mais la hernie existait dans le second. J'ai vu deux autres exemples de cette disposition. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, p. 178.)

c. *Topiques.* — Les emplâtres *contra rupturam*, la terre sigillée, les sachets d'écorce de chêne pulvérisée trempés dans du vin, ceux de papyrus dont parle Aétius, les cataplasmes avec la farine d'orge et de seigle, l'aloès, le mastic et le bol d'Arménie, les pelotes composées d'opium brut, de noix de galle, etc., ne portant leur action que sur la peau, n'ont ici aucune efficacité réelle. Si l'on a fait à de tels topiques l'honneur de quelques guérisons, c'est qu'ils étaient employés concurremment avec d'autres moyens, comme la position et la compression.

d. *Cautérisation.* — La cautérisation actuelle et la cautérisation potentielle ont été employées l'une et l'autre, appliquées sur la peau vis-à-vis le collet du sac, après la réduction de la hernie. On se proposait d'atteindre le collet du sac et de l'obturer par une cicatrice. Dans la hernie inguinale, afin de donner plus de profondeur et de solidité à la cicatrice, on allait quelquefois jusqu'à provoquer l'exfoliation du pubis. Cette vieille pratique, toujours blâmée par les bons esprits, et toujours employée par

certains spécialistes, est enfin tombée devant le jugement de l'Académie de chirurgie qui en a montré l'insuffisance et le danger.

e. Incision. — Cette méthode est complétement abandonnée, depuis surtout qu'elle a été condamnée par J.-L. Petit.

Cet illustre chirurgien s'exprime ainsi à l'égard de cette opération :

« ..... Les observations suivantes m'ont trop fait d'impression pour conseiller de la faire, comme les anciens, dans la vue seule de guérir radicalement la hernie ; je me rappelle avec douleur de l'avoir faite deux fois, et je l'ai vu pratiquer trois fois par des confrères, sans compter plusieurs récits que quelques uns m'ont faits de ce qu'ils ont vu eux-mêmes.

» La première opération que j'ai faite dans le cas dont il s'agit fut sur un jeune homme de vingt-cinq ans, qui portait une hernie presque depuis son enfance. Elle était assez grosse, mais elle ne lui avait jamais causé d'accidents fâcheux, et jamais elle n'avait été étranglée. MM. Arnaud et Ledran m'encouragèrent à entreprendre cette opération, que je refusais de faire depuis six mois ; je la fis cependant à leur satisfaction et à celle du malade, qui y avait été bien préparé par les saignées, la diète, les laxatifs et les bains ; il fut même saigné la veille, et une heure après l'opération ; quatre heures après il eut des nausées, rejeta même un peu de bouillon. Je le resaignai ; je continuai les embrocations et les fomentations sur le ventre ; il fut saigné de quatre heures en quatre heures jusqu'au lendemain. A la levée de l'appareil, nous ne trouvâmes rien à la plaie ; j'introduisis même par l'anneau une sonde creuse dans le ventre ; il n'en sortit rien, et la plaie fut pansée avec les médicaments ordinaires. Le malade fut resaigné et mis à l'usage des aposthèmes ; mais, malgré tous nos soins, continués jusqu'au cinquième jour, il mourut au commencement du sixième.

» Je fis l'ouverture du cadavre en présence de ceux qui avaient assisté à l'opération. Je trouvai l'inflammation générale par tout le ventre, particulièrement au péritoine, aux intestins, à l'épiploon et à l'estomac ; toutes les veines de ces parties étaient si dilatées qu'elles paraissaient variqueuses, particulièrement celles qui se réunissent pour former la veine porte. » (J.-L. Petit, *OEuvres complètes*, p. 659.)

f. Excision. — Nous emprunterons à M. Vidal ce qui se rapporte à l'excision.

« L'excision se pratiquait de différentes manières. Celse a décrit, comme étant usité de son temps, un mode d'excision consistant à circonscrire par deux incisions, et à enlever un lambeau des enveloppes de la hernie en forme de myrte. Il en est qui, après avoir fait l'incision, ont excisé les bords du sac avec des ciseaux. D'autres enfin l'ont complétement disséqué, et l'ont excisé vers l'ouverture abdominale. A. Cooper a excisé le sac d'une hernie crurale qu'il venait de débrider. La hernie s'est reproduite comme à l'ordinaire.

» L'excision est plus difficile, plus douloureuse, et aussi un peu plus efficace que l'incision simple. » (*Traité de pathologie externe*, t. III, p. 396.)

g. Ligature. — La ligature, qui était autrefois pratiquée comme méthode générale, est réservée aujourd'hui pour la hernie ombilicale des enfants nouveau-nés, et encore n'est-elle que très rarement employée. Celse traversait les enveloppes de la hernie, près l'ouverture abdominale, avec un double fil qu'il serrait de chaque côté, soit sur la peau, soit dans une incision circulaire faite sur cette membrane.

On a eu également recours à la ligature circulaire, et c'est le procédé usité aujourd'hui dans les cas exceptionnels où cette opération est pratiquée. Après l'opération de la hernie étranglée, on a quelquefois lié le sac à son col. J.-L. Petit, qui a été témoin de cette opération, l'a vue occasionner de si vives douleurs, qu'on fut obligé de couper le fil, et déterminer, dans un autre cas, une péritonite mortelle. C'est cependant une pratique conseillée par Ledran dans l'opération des hernies inguinales et crurales étranglées.

Aujourd'hui la ligature immédiate du sac est justement abandonnée ; celle de tout le pédicule de la tumeur, enveloppée de compresses, n'est même plus discutable que pour l'omphalocèle.

h. Corps étrangers. — Sous ce titre se rangent :

1° L'*acupuncture* proposée par M. Bonnet, de Lyon. Dans le but d'obtenir, par

une inflammation adhésive, l'oblitération du sac, on traverse la racine de la hernie avec des épingles dont les deux bouts sont enfoncés dans de petits morceaux de liége qui se regardent par leur convexité, et qu'on rapproche les uns des autres de manière à mettre les points opposés du sac dans un contact exact. Les épingles sont recourbées à leur pointe avec une pince sur la plaque de liége. Ces épingles sont au nombre de trois à six; on les laisse en place pendant un espace de temps qui varie de six à douze jours.

2° La *suture enchevillée* de Mayor consiste tout simplement à se servir de fil au lieu d'aiguille pour traverser le pédicule de la hernie, avec cette différence cependant qu'au lieu de faire passer les fils à travers le sac, comme les aiguilles, Mayor ne leur fait traverser qu'un pli de la peau au-devant de l'anneau et de la partie supérieure du sac. Le chirurgien de Lausanne, en plaçant des corps étrangers dans le voisinage du sac, espérait y provoquer la formation d'adhérences, et par suite son oblitération. Mais c'est un procédé dont son auteur a reconnu lui-même plus tard l'insuffisance. (Voy. *Gaz. médicale*, 1837, p. 272.)

3° Les *filaments de gélatine desséchée recouverts de petites lanières de baudruche*, introduits dans le sac par M. Belmas, au moyen d'une aiguille particulière, ont eu des succès complets, des demi-succès et des insuccès. On y a peu recours.

4° L'*injection iodée* de M. Velpeau se pratique comme pour une hydrocèle congénitale; elle y offre sans doute la même efficacité, mais aussi le même danger. L'expérience clinique ne l'a pas encore jugée.

i. Scarifications. — On a cru qu'en scarifiant le pourtour de l'anneau, on déterminerait une cicatrisation oblitérante; c'est encore une idée justement abandonnée.

j. Bouchons organiques. — Garengeot avait conseillé de pelotonner le sac dans l'anneau, sans inciser les téguments, et de l'y fixer à l'aide d'un bandage jusqu'à ce qu'il eût eu le temps de former, par des adhérences, un bouchon capable de s'opposer au retour de la hernie. Ce pelotonnement du sac, sans incision des téguments, est tout simplement inexécutable, au moins dans l'immense majorité des cas. Dans l'opération de la hernie étranglée, J.-L. Petit suivit l'indication de Garengeot, débrida en dehors du sac, le pelotonna dans l'anneau, et l'y fixa avec une petite pelote de linge. M. Goyrand a essayé le procédé autrement. En opérant des hernies crurales, et après avoir ouvert le sac, il l'a plusieurs fois pelotonné dans l'ouverture abdominale. Quoique ce sac fût doublé de graisse qui le rendait encore plus propre à former bouchon, la hernie ne s'en est pas moins reproduite.

Stevens, en opérant des hernies étranglées, a formé un bouchon avec l'épiploon quand il était compris dans la tumeur; même insuccès. Les adhérences se résolvent, l'épiploon devient libre dans l'anneau, s'y engage davantage, ou en se retirant, le laisse béant et prêt à recevoir une nouvelle hernie.

M. Belmas avait imaginé d'introduire, après la réduction, à travers les téguments, par un procédé particulier, une peau de baudruche dans le sac, et de l'y insuffler une fois en place. Les premières expériences sur les animaux lui avaient fait croire que cette poche se remplissait de lymphe plastique, et y formait un bouchon organique solide. De nouvelles expériences l'ont désabusé, puisqu'il préfère le procédé que nous avons décrit d'abord.

M. Jameson, de Baltimore, cédant aux vives instances d'une malade qui avait vu une hernie crurale se reproduire après le débridement, tenta la guérison radicale de la manière suivante : L'ouverture crurale mise à découvert, il détache un lambeau de peau en forme de lame de lancette, de 48 millimètres de longueur pour 18 de largeur, dont l'extrémité libre était la partie la plus large. Ce lambeau est renversé et enfoncé dans l'anneau crural, où il est fixé par une suture qui réunit les bords de la plaie. Selon l'auteur, le succès a été complet. Il est à regretter que le chirurgien américain n'ait pas ajouté de nouveaux faits à cette tentative si encourageante; c'est peut-être ce qui explique pourquoi elle n'a pas eu d'imitateurs en Europe, et elle a même été accueillie avec une certaine défiance.

M. Gerdy, avec l'index ou le petit doigt de la main gauche, enfonce la peau qui recouvre la hernie dans le canal herniaire, en la renversant ainsi à la manière d'un doigt de gant. La peau engagée le plus profondément possible dans le canal herniaire, M. Gerdy la fixe à la paroi antérieure du canal (inguinal) par trois, quatre ou cinq points de suture. Pour pratiquer cette suture, M. Gerdy se sert d'un porte-aiguille particulier, qui ne fait saillir l'aiguille qu'après être parvenue au fond du doigt de gant cutané, doigt de gant qu'il faut former en repoussant, à la place de l'index, les téguments dans le canal herniaire. Pour déterminer l'adhésion de la face interne de ce doigt de gant avec elle-même on se sert d'ammoniaque. Quant à l'espèce de suture, M. Gerdy s'est arrêté à la suture enchevillée, dont il fait trois points. Un pansement simple, quinze jours ou un mois de séjour au lit; puis, dès que l'état des parties le permet, on applique un brayer.

Ainsi que le dit très bien M. Vidal, de Cassis, M. Signorini a exagéré le procédé de M. Gerdy au lieu de le perfectionner. Après avoir réduit la hernie, le chirurgien italien applique l'index sur la partie inférieure de la tumeur au-devant du testicule, pousse ce doigt vers l'anneau; puis, à travers le canal inguinal, dans la cavité abdominale, arrivé là il recourbe le doigt en crochet vers le canal crural; il l'engage ainsi coiffé des enveloppes renversées de la hernie, jusqu'à ce qu'il vienne faire saillie au pli de l'aine, par l'orifice inférieur du canal crural. Alors, le doigt restant en place, une aiguille courbe, introduite à travers la peau, traverse de dedans en dehors le cul-de-sac formé par la peau et les enveloppes renversées de la hernie. On a reconnu, par le contact de l'aiguille et du doigt, que cette dernière avait pénétré dans le sac cutané. L'aiguille entraîne à travers ces parties un fil ciré qui sert à fixer la peau invaginée. L'opérateur, retirant alors l'index devenu inutile, fait dans l'aine une incision d'environ 2 centimètres, par laquelle le fond de ce sac et le repli falciforme du *fascia lata* sont mis à découvert. Enfin le sac cutané est assujetti par quelques points de suture entortillée, comprenant ce sac et les lèvres de l'incision de la peau. L'opération faite, il est inutile et il serait nuisible de recourir à la compression. M. Signorini remplit le cul-de-sac cutané d'une forte mèche de charpie tordue, et fait sur la partie des lotions résolutives. Ce chirurgien assure avoir, par ce procédé, radicalement guéri une hernie scrotale. (Voy. *Gazette médicale*, 1839, p. 583.)

La difficulté d'une pareille opération empêchera, nous le croyons, qu'elle soit souvent pratiquée.

Nous donnerons maintenant, d'après M. Vidal, l'appréciation des diverses méthodes que nous venons de décrire :

« On le voit, on n'a agi sur la peau que pour l'épaissir, l'endurcir. La peau a cédé; on a cherché à oblitérer le sac. Le sac oblitéré a cédé aussi; on a attaqué l'ouverture fibreuse pour la rétrécir, et l'on a obtenu un résultat contraire; puis on a tenté l'autoplastie, on a voulu boucher l'ouverture abdominale. Le bouchon a été moitié baudruche, moitié lymphe plastique; il a été emprunté au sac, à l'épiploon, à la peau. Rien encore n'a pu s'opposer longtemps et d'une manière sûre à la reproduction de la hernie : c'est parce que cette question de thérapeutique chirurgicale est encore plus complexe qu'on ne le croit. Il y a, comme je l'ai dit, dans les organes qui ont déjà été herniés, une tendance à sortir qu'il faudrait pouvoir vaincre; il y a un changement dans leur constitution, dans les liens qui les attachent à l'abdomen; il y a dans cette cavité elle-même des altérations qu'il faudrait détruire. La hernie est un vrai *relâchement*, et ce ne sont pas seulement les parties contenantes qui sont relâchées, mais aussi les parties contenues.

» Maintenant un mot sur le mérite relatif de chaque méthode. La destruction du sac ou l'oblitération de son collet doivent être presque toujours suivies de récidive, comme le prouvent assez les opérations que nous pratiquons pour les hernies étranglées. Ainsi la cautérisation, l'incision et l'excision du sac, le point doré, la castration, la suture royale, opérations qui, heureusement, ont toutes été abandonnées, ne doivent plus être citées que pour mémoire. L'acupuncture, imaginée il y a peu d'années par M. Bonnet, de

Lyon, les petits corps gélatino-membraneux de M. Belmas, l'injection iodée, doivent être presque toujours inefficaces, et c'est là leur moindre inconvénient.

» Parmi les opérations qui ont eu pour but l'oblitération ou le resserrement de l'ouverture abdominale, il en est qui n'ont été pratiquées que dans les cas où l'on a été obligé de mettre une hernie à découvert pour remédier à son étranglement : tels sont le pelotonnement du sac dans l'ouverture abdominale et le bouchon épiploïque. Ces procédés ont peu d'inconvénients ; mais, comme je l'ai déjà dit, ce bouchon organique, qu'on croirait, *à priori*, devoir conserver de la consistance, se résout, après la cicatrisation, en un tissu cellulaire lâche qui ne peut résister aux viscères ayant une tendance à sortir de l'abdomen. Les scarifications pratiquées au pourtour de l'ouverture aponévrotique ne sauraient avoir d'autre résultat que l'élargissement permanent de l'ouverture abdominale ; elles doivent par conséquent rendre plus certaine la reproduction de la hernie. Je ne crois pas à l'efficacité du sachet de baudruche de M. Belmas. La méthode de M. Gerdy présenterait peut-être plus de chances de succès. Cependant on a vu, après cette opération, le cul-de-sac cutané être peu à peu repoussé au dehors, et la hernie se reproduire. Que l'on considère, en outre, que cette opération expose, comme les autres, à la péritonite. En résumé, ces diverses opérations ne présenteraient aucune chance de succès dans les hernies volumineuses et irréductibles, qui, seules, constituent des infirmités graves. Les seuls cas dans lesquels elles puissent procurer quelques succès sont ceux de hernies simples, peu volumineuses et parfaitement réductibles. Or, celles-ci, contenues au moyen d'un brayer bien fait, ne sont plus que des infirmités légères dont on ne peut tenter la cure que par une opération dangereuse. Voyez d'ailleurs si les médecins se soumettent aux opérations que je viens de décrire, et cependant il doit y avoir beaucoup de confrères atteints de hernies. Si des faits authentiques venaient prouver l'efficacité de l'opération autoplastique de Jameson, on pourrait la pratiquer avec avantage dans les cas où l'étranglement obligerait de mettre la hernie à découvert. Cette opération n'ajouterait guère au danger que le débridement fait courir au malade ; hors ce cas, je rejette cette opération comme dangereuse. Dans l'état actuel de la science, il ne reste donc à une sage pratique d'autre moyen de guérison radicale qu'une compression exacte au moyen du brayer, combinée, dans certains cas, avec le décubitus sur le dos et les topiques astringents. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 402, 2e édit.)

Accidents des hernies abdominales. — *a. Irréductibilité.* — A part l'étranglement que sa nature et sa gravité mettent tout à fait hors ligne parmi les accidents des hernies, une hernie peut devenir irréductible par d'autres conditions anatomiques : l'augmentation de volume des parties déplacées ; en même temps une augmentation de volume et de consistance, comme la dégénérescence de l'épiploon ou du mésentère ; les adhérences des viscères au sac ; leur adhérence entre eux.

La hernie irréductible donne lieu à des malaises continuels. Est-elle seulement épiploïque, l'estomac tiraillé par l'épiploon change de direction, et ses fonctions se troublent. Nous verrons plus loin quels inconvénients plus graves peuvent résulter de l'épiplocèle irréductible. Dans l'entérocèle qui ne rentre pas, il y a des coliques fatigantes, des borborygmes, des digestions pénibles ; de plus, l'engouement peut survenir : ces deux hernies sont exposées à l'étranglement.

Placée en quelque sorte au-devant de toutes les violences extérieures, une hernie qui reste au dehors peut recevoir de graves atteintes. L'intestin est quelquefois rompu d'un coup de timon de voiture, comme l'a vu A. Cooper, ou d'un coup de pied de cheval, ainsi que J.-L. Petit en a rapporté un si remarquable exemple ; d'un choc contre un poteau en courant, d'une chute sur un corps angulaire, comme le chirurgien anglais que nous avons cité en a été témoin. Les corps étrangers s'arrêtent plus aisément dans l'intestin hernié que dans le reste du tube digestif.

Par quels moyens combattre l'irréductibilité ?

Lorsqu'elle dépend uniquement du volume excessif des parties déplacées, un

long séjour au lit, aidé d'un régime sévère, et même de quelques évacuations sanguines, a parfois permis de faire rentrer une hernie regardée jusque là comme irréductible. Fabrice de Hilden a vu chez un vieillard une hernie irréductible depuis vingt ans guérir par le séjour au lit pendant six mois. Arnaud a dû de semblables succès à des moyens analogues; Hey n'a pas été moins heureux, puisqu'il a obtenu de ces réductions en huit jours.

La compression d'une pelote concave ou d'un autre appareil seconde puissamment le repos au lit et le régime débilitant. Mais toutes les constitutions ne s'accommoderaient pas de ce traitement, surtout de la partie diététique. Alors on se borne à l'usage du bandage à pelote concave, dont on augmente graduellement l'action, jusqu'à ce qu'on puisse employer la pelote plane et le brayer ordinaire dès que la réduction est opérée. Si dans un entéro-épiplocèle, l'épiploon est seul irréductible, on peut contenir l'intestin et prévenir l'accroissement de la hernie au moyen d'un bandage à ressort très doux ; mais pour que ce bandage puisse être appliqué, il faut que la réduction de l'intestin soit bien exacte; il faut bien surveiller l'action de la pelote, et l'enlever dans le cas où elle occasionnerait de la douleur ou le dérangement des fonctions intestinales.

Une petite hernie intestinale, retenue au dehors par des adhérences solides, comporte encore l'emploi de la pelote concave; mais l'appareil doit être encore surveillé plus attentivement que dans le cas précédent.

Lorsque, malgré toutes les tentatives, la hernie reste irréductible, on est forcé de se contenter du bandage à pelote concave, comme simple palliatif. Une saine pratique n'admettra jamais une opération sanglante que dans des circonstances très rares et tout à fait exceptionnelles comme celles où s'est trouvé Zimmermann. Il avait une hernie congénitale avec adhérences de l'épiploon au testicule. Si la hernie était abandonnée à elle-même, l'intestin sortait; si on la réduisait et qu'on voulût la contenir, le testicule, remonté vers l'anneau par l'épiploon, était comprimé par la pelote. Zimmermann fut opéré par Smucker. L'opération fut longue, douloureuse, et suivie d'accidents graves. Sans rejeter absolument cette opération, un praticien prudent ne l'entreprendra jamais sans une absolue nécessité.

b. Inflammation de la hernie. — Le sac herniaire et les viscères qu'il renferme peuvent devenir le siége d'une inflammation quelquefois très intense et phlegmoneuse, surtout quand il y a de l'épiploon. Un bandage mal appliqué, toute espèce de violences extérieures, quelquefois des circonstances difficiles ou impossibles à apprécier, c'est là qu'il faut chercher les causes de cette inflammation.

Les symptômes de l'inflammation de la hernie diffèrent suivant qu'elle est séreuse ou phlegmoneuse. Circonscrite et peu intense, la première passe fréquemment inaperçue, et l'on n'en trouve la preuve que dans les nombreuses adhérences que révèle l'autopsie. Plus intense, l'inflammation empêchera de rentrer une hernie qui se réduisait auparavant, et fera perdre à l'anse intestinale sa contractilité ; cette anse, au lieu de se débarrasser des matières, se laissera distendre par leur accumulation, d'où reflux dans le bout supérieur de l'intestin, d'où constipation et vomissement. Il est vrai qu'ordinairement la constipation n'est pas complète ; quelques gaz continuent d'être rendus : un laxatif amène des évacuations ; les vomissements ne rejettent guère que des boissons, des glaires, de la bile, et non des matières fécales. Les douleurs et la fièvre sont variables, comme l'étendue et l'intensité de la plegmasie. Lorsque cette phlegmasie est très violente, et que, dans une hernie entéro-épiploïque, l'épiploon est le siége d'un phlegmon, l'intestin est véritablement étranglé par la tuméfaction de l'épiploon, et alors constipation complète et vomissement stercoral.

L'inflammation de la hernie, quand elle est assez vive pour simuler l'étranglement ou pour le produire, se distingue de l'étranglement proprement dit, en ce que dans ce dernier les accidents se déclarent brusquement, tandis que dans l'inflammation ils se développent peu à peu. En outre, les hernies qui ne sont pas facilement contenues s'étranglent très rarement et s'enflamment souvent.

« M Malgaigne est tombé dans une fâ-

cheuse exagération, dit M. Vidal, quand il a prétendu que tous les cas d'engorgement et d'étranglement léger n'étaient que des inflammations simples du sac ou des viscères herniés ; que sur quatre cas de prétendus étranglements, il existait trois cas d'inflammation et un seul cas d'étranglement véritable. » (*Traité de pathol. externe*, t. IV, p. 344.)

L'inflammation séreuse légère et peu étendue n'a pas de gravité immédiate ; elle est ordinairement suivie d'adhérences qui pourront rendre la hernie irréductible, si elles s'établissent entre les viscères et le sac, ou si elles lient les viscères entre eux, ou qui amèneront quelquefois la guérison de la hernie, si elles viennent à oblitérer le sac ou son col. Lorsque cette inflammation reste contenue dans des limites convenables, le chirurgien peut en profiter pour la cure radicale en retenant le malade au lit et en comprimant le collet du sac à l'aide de compresses graduées et d'un brayer, après avoir réduit la hernie, comme plusieurs chirurgiens l'ont fait avec succès.

Mais si l'inflammation est intense et phlegmoneuse et grave, quelquefois plus grave que l'étranglement lui-même, alors il faut la combattre énergiquement.

Lorsqu'une hernie habituellement réductible vient à refuser de rentrer, par suite d'un accident quel qu'il soit, inflammation, engouement ou étranglement, il faut insister, quoique avec réserve, sur les tentatives de réduction, à moins que la gangrène ne soit à craindre. Le chirurgien doit chercher à éviter ce double écueil : d'aggraver et de généraliser l'inflammation au reste du péritoine, comme le redoute M. Malgaigne ; ou de laisser des adhérences s'établir qui rendraient définitivement la réduction impossible. Les saignées générales et locales, les bains, les frictions d'onguent napolitain à haute dose, peuvent abattre l'inflammation et permettre assez tôt de renouveler les tentatives de réduction.

Si les accidents inflammatoires persistent, sans étranglement véritable, aucune opération n'est indiquée. L'inflammation atteint-elle un degré de violence qui simule l'étranglement ou qui l'occasionne réellement, la kélotomie serait encore bien rarement applicable, car l'inflammation de la hernie enlèverait beaucoup de ses chances favorables à une opération déjà bien grave par elle-même.

c. *Engouement.* — On comprend que les hernies intestinales sont seules susceptibles d'engouement. Les anciens confondaient cet accident avec l'étranglement dont Covillard, Monro et surtout Goursaud l'ont séparé. Il s'observe principalement chez les vieillards, dans les hernies anciennes et volumineuses qui ne sont pas contenues. Cependant M. Goyrand l'aurait rencontré chez un enfant de six mois.

L'engouement qui consiste, comme on sait, dans la stase des matières alimentaires dans l'anse intestinale déplacée, peut être causé par la présence dans la cavité de cette anse de quelque corps réfractaire à l'action digestive, tel que des noyaux de fruits, un peloton d'ascarides lombricoïdes, des matières fécales endurcies.

A mesure que l'engouement se forme, la hernie grossit, se tend et devient plus lourde, si les matières qui l'obstruent sont solides ou liquides, car l'engouement peut aussi résulter d'une accumulation de gaz. La tumeur est très peu douloureuse, même à la pression ; elle est ordinairement molle et pâteuse, à moins que les matières qui sont la cause matérielle de l'engouement ne soient fort dures. Dans l'engouement gazeux, la hernie est plus tendue, moins pesante, rénitente, sonore à la percussion ; l'abdomen est très ballonné ; il y a des borborygmes et des éructations. Cet engouement gazeux résulte d'une lésion intestinale qui doit fixer l'attention du médecin. La tumeur est sans changement de couleur à la peau ; il y a constipation ; ballonnement du ventre sans douleur à la pression ; il survient des coliques, des nausées, des vomissements d'aliments d'abord, puis de mucosités et de bile, puis enfin de matières stercorales ou à odeur stercorale. Les vomissements ne se déclarent qu'après que les matières se sont accumulées en grande quantité au-dessus de l'anse intestinale herniée et sont moins prononcés que dans l'étranglement ; il n'y a pas de fièvre.

La durée de l'engouement est variable : elle peut se prolonger jusqu'au dixième ou quinzième jour ; mais le plus souvent elle

est beaucoup moins considérable et se termine par des évacuations abondantes, quand l'engouement ne se complique pas d'un véritable étranglement. Dès que l'étranglement se dessine, l'opération est indiquée, et elle est urgente. Par lui-même, l'engouement est en général peu dangereux; néanmoins en se prolongeant, il pourrait amener la mort par inanition ou chez un sujet débile; mais ordinairement il ne compromet la vie que par l'étranglement qu'il occasionne.

Le traitement de l'engouement consiste d'abord à faire coucher le malade et à pratiquer le taxis, qui produit des effets avantageux, même quand on ne parvient pas à faire rentrer la hernie. Les pressions exercées sur la tumeur repoussent dans l'abdomen les matières solides, liquides et gazeuses arrêtées dans l'anse intestinale herniée. Lorsque la réduction a lieu, elle s'annonce par le gargouillement, la diminution et la disparition de la tumeur. Si elle était irréductible avant l'accident, le taxis la ramène à son volume primitif. Le taxis étant dans ce cas moins douloureux, moins dangereux que dans l'étranglement, on peut y insister avec plus de force. Presque toujours, en le pratiquant d'une manière soutenue, on procure du soulagement. Dans le cas contraire, on doit exciter les contractions de l'intestin par des lavements irritants, par des purgatifs administrés par la bouche. Les lavements les plus usités sont : l'eau de savon, la solution de chlorure de sodium, celle de sulfate de soude et de magnésie, l'infusion ou la fumée de tabac. Les lavements de tabac ont été surtout préconisés par Heister, Pott et A. Cooper. En infusion, c'est 4 grammes de tabac qu'A. Cooper fait administrer en deux fois à une heure d'intervalle, dans la crainte des effets toxiques que détermine quelquefois cette substance. Pour faire pénétrer la fumée de tabac, on se sert d'un soufflet; la seringue spéciale de Van Swieten n'est pas nécessaire.

On favorise l'action de ces médicaments intérieurs par des applications astringentes sur la tumeur, telles que le vin rouge froid (Monro), la solution alumineuse également froide, la neige ou la glace. Les topiques réfrigérants conviennent surtout dans le cas de hernies scrotales, par la rétraction qu'ils déterminent dans les bourses, et, dans le cas d'engouement gazeux, par la diminution de tension qu'ils amènent dans le fluide élastique.

Si, en général, l'engouement ne nécessite pas l'opération, il est cependant des sujets qui ne résisteraient pas à une longue abstinence, et il faut se conduire en conséquence.

d. Etranglement. — L'étranglement consiste dans la constriction des viscères déplacés; constriction qui gêne la circulation sanguine et la circulation fécale, et s'oppose à la rentrée de la hernie.

Comme l'étranglement est le point capital de l'histoire des hernies, nous allons l'étudier avec tout le soin qu'il réclame.

Malgré sa fréquence et sa gravité, l'étranglement des hernies n'a sérieusement fixé l'attention que vers le milieu du XVIe siècle. Avant cette époque Héraclide de Tarente, Cœlius Aurelianus, Celse, avaient bien parlé de l'accumulation des matières fécales dans l'intestin hernié, et des symptômes graves qui en étaient la conséquence. Praxagoras avait bien donné l'idée d'un procédé opératoire, et Léonide, ainsi qu'Archigènes, avait bien insisté sur les moyens de réduction; mais la base indispensable à l'opération manquait, des connaissances anatomiques suffisamment précises. Ce n'est qu'en 1550 que Franco et Rousset décrivent les premiers cette opération, et impriment une direction plus scientifique à l'étude de l'étranglement. On cesse de l'attribuer exclusivement à l'accumulation des matières stercorales; on met en avant la distension par des gaz, l'inflammation. Cependant ce n'est guère qu'au XVIIe siècle que Riolan, Dionis, Saviard, Winslow, décrivent les anneaux fibreux de l'abdomen; au XVIIIe siècle, les travaux d'Arnaud et de Ledran sur l'étranglement par le collet du sac, les observations de J.-L. Petit et de l'Académie de chirurgie, celles de Pott et de Richter jettent un nouveau jour sur la question. Enfin, de notre temps, Scarpa, Boyer, Dupuytren, Sanson, A. Cooper, etc., l'éclairent encore davantage. Tout n'est pas fait encore sur ce point : le siége de l'étranglement, son mécanisme, les limites des tentatives de réduction, l'époque de l'opération : voilà autant de sujets importants

sur lesquels le dernier mot n'est pas dit et qui nous occuperont.

A. *Causes et mécanisme de l'étranglement.* — Les causes essentielles de l'étranglement doivent être cherchées dans les dispositions anatomiques des parties, telles que les anneaux fibreux, les rétrécissements du sac herniaire, ou bien certaines parties environnantes, les viscères eux-mêmes.

a. Anneaux fibreux. — On sait que ces ouvertures sont naturelles ou accidentelles. Riolan, Winslow, Dionis, J.-L. Petit et l'Académie de chirurgie avaient bien fait ressortir cette cause d'étranglement, mais ils l'avaient exagérée en la regardant comme unique. Malgré les observations de Ledran, d'Arnaud, de Pott et de Scarpa, on croyait encore, au commencement de ce siècle, que l'étranglement par le collet du sac était une exception rare. C'est Dupuytren qui a le plus contribué à dissiper cette erreur, soutenue encore depuis par Astley Cooper et les chirurgiens anglais. M. Malgaigne est allé plus loin que Dupuytren à cet égard, en mettant en doute l'étranglement par les anneaux fibreux.

Cette assertion de M. Malgaigne souleva une opposition presque unanime. M. Diday (*Gazette médicale*, 1840) réunit des faits dans lesquels le collet du sac ne pouvait avoir subi les modifications nécessaires pour qu'il devînt agent d'étranglement, des hernies du cœcum sans sac, et cependant étranglées, des débridements qui n'avaient porté que sur l'anneau, et après lesquels la réduction n'en avait pas moins été faite. MM. Laugier (*Bulletin chirurgical*, t. II), Sédillot (*Annales de chirurgie*, Paris, 1842, t. V), M. Velpeau, vinrent confirmer l'opinion de M. Diday.

Nous empruntons à M. Gosselin une partie du résumé de ce débat.

« Je ne suivrai pas cette discussion dans toutes ses phases, je lui emprunterai seulement les faits qui mettent bien en évidence l'étranglement par les anneaux fibreux. Mais avant d'aller plus loin, une petite explication est nécessaire pour mettre, sur un point, M. Malgaigne d'accord avec tout le monde. On admet depuis longtemps, et d'après l'observation de tous les chirurgiens, Arnaud et Ledran jusqu'à Dupuytren et Astley Cooper, que la hernie crurale est celle sur laquelle on observe le plus souvent l'étranglement par un anneau fibreux. Tous, en effet, avaient pu constater, en opérant des hernies crurales, que le doigt placé entre le collet et l'anneau, sentait une constriction forte, due nécessairement à ce dernier; d'un autre côté, on avait plusieurs fois bien constaté l'anneau fibreux sur le cadavre; et enfin les opérations sans ouverture du sac, faites avec succès par J.-L. Petit, MM. Aug. Bérard et Bonnet, de Lyon, fournissaient encore une preuve irrécusable. Les argumentateurs de M. Malgaigne avaient donc beau jeu, lorsqu'ils apportaient dans le débat des exemples de hernies crurales; c'est à peine si l'on entrevoyait, dans le premier travail de cet auteur, par quels moyens il échapperait à la conviction, et comment il prouverait que la hernie crurale s'étrangle plus souvent par le collet du sac que par l'anneau crural. La discussion, en effet, ne paraissait engagée que sur deux points; mais M. Malgaigne avait conservé une ressource jetée çà et là dans son mémoire, et à laquelle on ne faisait pas attention. Il avait eu la prudence de ne pas nier l'étranglement par un anneau fibreux accidentel appartenant au *fascia cribriformis*, et ce fut là son principal moyen de défense; il répondit successivement à MM. Diday, Velpeau et Sédillot, que tous les faits cités par eux étaient des cas d'étranglement par un anneau du *fascia cribriformis*. Or, il n'avait prétendu nier que l'étranglement par les anneaux naturels (crural et inguinal), et non pas celui par les anneaux accidentels : ce qu'il demandait, c'était un exemple bien avéré d'étranglement par l'anneau crural tel que le décrivent tous les anatomistes. Cet exemple n'a point été apporté, et il est facile de prévoir aujourd'hui qu'il ne le sera pas. Un des points importants que M. Malgaigne aura contribué à mettre en évidence, c'est la presque impossibilité de cette espèce d'étranglement. Mais faut-il conclure de là que l'étranglement par le collet du sac est très commun dans la hernie crurale? Non, et voilà précisément ce que M. Malgaigne avait le tort de faire entendre, et ce que ses adversaires avaient raison de ne point accepter. En effet, le travail de M. Demeaux (*Thèse de Paris*,

1842) est venu généraliser des faits incomplétement établis par Thomson et admis jusque là, comme exceptionnels seulement par MM. Velpeau et Malgaigne.

» M. Demeaux a montré que la hernie crurale, pour arriver sous les téguments, traversait presque toujours, outre l'anneau généralement décrit, un des orifices placés sur la paroi de l'infundibulum fémoral vasculaire pour le passage des vaisseaux sanguins ou lymphatiques; et il a bien établi que cet orifice était, dans la plupart des cas, le siége de l'étranglement. Or, les ouvertures signalées par Thomson sont les mêmes que celles placées par M. Malgaigne sur le *fascia cribriformis*. Aujourd'hui donc, il ne faut plus parler d'étranglement par l'anneau crural, à moins de bien définir ce qu'on entend par ce mot; mais il n'est pas moins vrai, et M. Malgaigne le reconnaît lui-même, que la doctrine des années précédentes est toujours la bonne, et que la hernie crurale s'étrangle habituellement par un anneau fibreux. Je pourrais m'étendre plus longuement sur ce point qui prête encore à la discussion; mais je dois, autant que possible, rester dans les généralités, et ne prendre dans la spécialité de chaque hernie que ce qui est nécessaire pour l'étude de mon sujet. » (Gosselin, *Annales de la chirurgie*, Paris, 1845, t. XIV, p. 164.)

Pour en revenir à l'étranglement par les anneaux, nous dirons que la hernie crurale n'est plus en cause, que l'étranglement par l'anneau fibreux dans l'omphalocèle ne peut être l'objet d'aucun doute, la constriction par le collet du sac y étant extrêmement rare : voyons maintenant ce qui en est pour la hernie inguinale.

L'étranglement par l'anneau externe est rare. Dupuytren l'avait déjà établi, et avant lui, sans doute, J.-L. Petit en débridant souvent l'anneau seulement, sans ouvrir le sac. Ledran et J.-L. Petit nous ont d'ailleurs laissé des faits qui ne permettent pas le doute.

Voici celui de Ledran :

« Après avoir fait l'ouverture de la peau à l'ordinaire, j'arrivai sur le sac herniaire que je trouvai très épais et très étendu sur les parties qu'il renfermait. Je voulus éviter d'ouvrir le sac herniaire pour les raisons que je dirai par la suite, ne croyant pas que l'intestin fût gangrené, et je dilatai l'anneau avec le bistouri caché que je portai entre l'anneau et le sac..... Aussitôt que j'eus dilaté l'anneau, l'intestin rentra dans le ventre, et le sac se trouva moins tendu, mais il ne se vida qu'en partie : cela m'engagea à l'ouvrir. Je n'y trouvai point d'intestin, et je n'y vis qu'une portion d'épiploon adhérente à la partie interne du sac. Je plaçai dans l'anneau, ou pour parler plus juste, dans l'entrée du sac, une petite tente mollette. » (Ledran, t. II, p. 24.)

Au huitième jour les matières fécales sortirent par la plaie, et Ledran exprime le regret que l'intestin soit rentré dans le ventre avant l'ouverture du sac.

Comme on le voit, cette observation est concluante et nous dispense d'en rapporter d'autres.

L'étranglement par l'anneau abdominal a été parfaitement démontré par A. Cooper et par M. Velpeau.

M. Velpeau ne s'est pas borné à constater les dispositions anatomiques dont il s'agit, mais plus d'une fois il a voulu les faire vérifier par les élèves qui ont senti comme lui l'anneau fibreux tendu avant le débridement, et le collet du sac qui n'avait pas été touché se déplisse après la section des bords de l'ouverture aponévrotique.

b. Rétrécissement et altérations diverses du sac. — Nous ne reviendrons pas sur le mécanisme de ces rétrécissements, et sur la description que nous avons dû en donner à l'occasion des *caractères anatomiques* des hernies; nous n'en rappellerons ici que les points les plus importants, ceux qui ont trait à la pratique.

Nous avons vu qu'on ne rencontre ordinairement qu'un seul rétrécissement, et qu'il correspond à l'ouverture fibreuse, mais que dans certains cas le collet primitif, étroit et non adhérent, est descendu; d'où il résulte ce fait important, qu'une hernie peut être étranglée ailleurs qu'au niveau des anneaux, et il se trouve au-dessous de ces ouvertures; d'un autre côté, il peut se trouver au-dessus. Mobile dans l'anneau, le collet du sac peut, sous la pression du taxis ou autrement, remonter dans l'abdomen. C'est Sanson qui a

fixé l'attention sur ce point. Il est vrai qu'on a émis sur la réalité de cette ascension du collet du sac un doute qui pourrait être fondé : on a dit qu'un étranglement à l'orifice abdominal du canal inguinal, étranglement encore mal connu, en a pu imposer ici.

Il ne faut pas perdre de vue que dans le cas de collets superposés, il peut y avoir des étranglements multiples, l'un, par exemple, à l'orifice externe, et l'autre à l'orifice interne du canal inguinal, et pas d'étranglement dans l'intervalle.

Dans un cas cité par Dupuytren (*Leçons orales*, t. III, p. 600), un étranglement existait seulement à chaque extrémité du canal, sans que le reste de son calibre eût éprouvé de modification ; mais il se peut que l'étranglement règne d'un bout à l'autre du trajet herniaire ; le chirurgien de l'Hôtel-Dieu en a observé plusieurs exemples. (*Leçons orales*, t. III, p. 590.)

Nous avons vu d'abord le canal conserver son calibre entre ses deux orifices rétrécis, puis cet intervalle se rétrécir lui-même dans toute sa longueur ; il n'y a qu'une autre disposition qui se puisse supposer, et elle a été observée : c'est la dilatation de cet intervalle. On doit juger combien il importe de ne pas perdre de vue la possibilité de ce cas ; puisqu'une hernie inguinale gauche en partie réductible, et présentant néanmoins tous les signes de l'étranglement, n'a été qu'incomplétement opérée par suite de la méprise dont nous signalons le danger. Après avoir largement ouvert la portion du sac qui était dans le scrotum, et dans laquelle se trouvait de l'épiploon qui ne paraissait pas étranglé, la réduction de ce repli fut opérée sans difficulté et sans aucun débridement. Le doigt porté à travers l'anneau pénétra dans une poche qu'on prit pour la cavité du ventre : le chirurgien croyait avoir opéré une hernie non étranglée ; mais les accidents persistèrent et le malade ne tarda pas à succomber. L'autopsie montra que la poche qu'on supposait être la cavité abdominale n'était que la portion du sac herniaire comprise entre les deux anneaux et très dilatée. Une anse d'intestin étranglée par le collet à l'anneau interne n'avait pas été aperçue et avait causé la mort. (Voy. Bourdon, *Bulletins de la Société anatomique.*)

Pour compléter ce qui est relatif au siége de l'étranglement par le collet, il suffit de se reporter à ce que nous avons dit de la structure, de ces resserrements du sac et de leurs dispositions variées.

Nous terminerons ce qui concerne l'étranglement par le sac, en ajoutant que cette poche en se rompant peut livrer passage aux intestins qui l'étranglent dans cette déchirure. (J.-L. Petit, Boyer.) L'étranglement siége alors, non plus au col, mais au corps de la hernie.

Des brides formées à l'intérieur de cette poche, à la suite d'une péritonite partielle, peuvent étrangler les viscères. Hey a vu ce cas très rare. La bride, fixée par ses extrémités aux deux côtés du sac, formait avec celui-ci un cercle complet qu'avait traversé l'intestin.

c. Parties voisines. — Comme il ne s'agit ici que de l'étranglement du viscère à travers une éraillure de la tunique vaginale remplie par une hydrocèle, tout ce que nous pourrions dire sera mieux placé dans l'histoire de la hernie inguinale.

d. Parties contenues. — L'épiploon peut étrangler l'intestin, et l'intestin peut être lui-même l'agent de son propre étranglement. L'épiploon peut étrangler l'intestin de plusieurs manières :

1° Par la *rupture*. Cette membrane peut se déchirer sous l'influence d'un effort, et l'intestin s'étrangler dans cette déchirure. Il arrive que la largeur de la solution de continuité permet le passage de l'intestin sans étranglement, ainsi que Scarpa en a rapporté une observation. (*Traité des hernies*, p. 131.) Si l'étranglement a lieu, il se déclare subitement comme dans la hernie ombilicale dont a parlé Baudelocque, ou bien au bout d'un temps variable par suite de l'épaississement progressif des bords de la déchirure. Arnaud (*Mémoires de chirurgie*, Paris, 1768, t. II) a été témoin de ce fait dans une hernie inguinale, et Callisen l'a noté dans la hernie crurale. (*Acta hafniensia.*)

2° Par des *adhérences au sac*. Tantôt l'épiploon, ne descendant pas jusqu'à la partie la plus inférieure de la tumeur, adhère solidement aux deux parties latérales du sac, et représente une bande

transversale, au-dessous de laquelle l'intestin s'engage; tantôt l'épiploon descend plus bas à droite et à gauche qu'à la partie moyenne, forme une sorte d'arcade plus ou moins étroite, ou bien l'épiploon, revenu sur lui-même et rétréci, se dispose en une bande longitudinale qui passe sur l'anse d'intestin et peut l'étrangler dans le cas où cette anse s'enflamme et devient plus volumineuse. L'épiploon peut encore s'entortiller autour de l'intestin de façon à l'embrasser vers la racine de la tumeur par un demi-cercle. Scarpa, qui a très bien décrit toutes ces particularités, en a noté une vraiment extraordinaire. L'épiploon était divisé en deux portions, dont l'une passait en avant de l'anse intestinale herniaire, et l'autre restait dans le centre en arrière du mésentère. Une bride fibreuse joignait ces deux portions en formant une anse à concavité supérieure sur laquelle l'intestin s'était étranglé.

3° *Altérations*. L'espèce de dégénérescence fibreuse que subit l'épiploon dans les vieilles hernies peut contribuer, conjointement avec des adhérences, à produire l'étranglement. On a vu l'épiploon représenter dans le sac un cylindre creux et dur, dans lequel une anse d'intestin s'était étranglée (Velpeau). Une autre fois le même chirurgien a trouvé une masse épiploïque du volume d'un gros œuf de poule, qui avait été la cause du même accident.

L'intestin peut s'étrangler lui-même en se contournant de manière à déterminer une compression des deux bouts l'un par l'autre; c'est un véritable volvulus dans un sac herniaire. L'appendice cœcal amène quelquefois le même accident, lorsque cet appendice, adhérant par son extrémité, figure une bride dans le sac.

« En résumé, dit M. Gosselin, l'étranglement par les parties contenues est beaucoup plus rare que l'étranglement par les parties contenantes, et ce dernier a plus rarement son siége au niveau du corps de la hernie qu'au niveau de sa racine. Dans ce point, il est produit par les anneaux fibreux ou par le collet au sac. Mais quel est le plus fréquent des deux? La proportion établie par Dupuytren est-elle juste? Nous n'avons pas aujourd'hui tous les éléments nécessaires pour juger complétement cette question. A l'époque où Dupuytren écrivait, il ne tenait pas compte de l'étranglement par l'orifice supérieur du canal inguinal dont j'admets la réalité, mais dont je ne puis encore établir la fréquence. Cependant, si nous faisons attention que la hernie crurale s'étrangle plus souvent par un anneau fibreux que par le collet du sac; si nous réfléchissons que la hernie ombilicale s'étrangle presque toujours par un anneau fibreux, même en admettant que la hernie inguinale s'étrangle plus souvent par le collet, on arrive à cette conclusion, que l'étranglement par les anneaux fibreux est au moins aussi commun que l'étranglement par le collet du sac; et je dois faire ici une dernière réflexion. Cette étude, la détermination du siége le plus fréquent de la constriction, n'a d'utilité véritable que pour un seul point de l'histoire de la hernie, celui de l'opération sans ouverture du sac, peu important alors, que les anneaux fibreux soient dits *naturels* ou accidentels. » (Gosselin, *Ann. de la chirurgie*, t. XIV, p. 175.)

Quant au mécanisme de l'étranglement, il est évident que cet accident est le résultat de la constriction des anneaux, lorsque l'étranglement se manifeste au moment même où la hernie apparaît pour la première fois. Comment serait-ce le collet du sac, puisqu'il n'est pas formé. Dans l'effort violent qui cause le déplacement, le viscère dilate brusquement l'anneau et passe; puis l'anneau revient sur lui-même en vertu de son élasticité; il étreint les parties qui y sont engagées. Les faits de ce genre qu'on trouve dans Pelletan, Leblanc et dans d'autres auteurs, M. Malgaigne les nie, parce qu'ils sont trop rares et trop peu authentiques. Il nous suffira de dire que ce chirurgien reste seul de son avis.

Un anneau fibreux peut encore étrangler une hernie ancienne par un mécanisme analogue, par le passage d'une seconde portion de viscère à côté de celle qui était sortie la première de l'abdomen.

Il en est à peu près de même de l'étranglement par le collet du sac: une fois que ce collet, en se fortifiant, s'est rétréci, la hernie, en se reproduisant, s'y engage

avec violence et s'y étrangle ; ou une nouvelle portion de viscère y pénètre à côté de celle que cet orifice avait d'abord reçue.

Une hernie ancienne non réduite peut s'étrangler dans le collet par l'addition d'une seconde portion de viscère, et par la rétraction des tissus fibreux, si bien étudiée par M. Gerdy ; le collet, se resserrant de plus en plus, finit par amener l'accident dont il s'agit.

Un autre mécanisme qui se rapproche du précédent est le suivant : c'est le gonflement inflammatoire de la partie herniée qui le produit. Quelquefois c'est en sortant que le viscère s'enflamme ; pressé et irrité dans un espace trop étroit, il se gonfle et s'étrangle lui-même contre un orifice qui n'a pas changé de diamètre.

« Ce ne sont pas les seules circonstances dans lesquelles les viscères déplacés vont en quelque sorte au-devant de l'étranglement. Cela arrive encore dans les cas d'engouement ou de distension par les gaz.

» L'engouemement, tel que Goursaud l'a compris le premier, est la distension d'une anse intestinale herniée par les matières alimentaires plus ou moins digérées. D'après cet auteur, quand la distension n'est pas très grande, il en résulte simplement une gêne qui se caractérise par de la douleur, quelques vomissements et une légère constipation ; puis, quand la distension est plus considérable, le volume de l'intestin peut être devenu assez grand pour qu'il s'étrangle. Cette théorie de l'engouement a beaucoup embarrassé les chirurgiens. Presque tous ont essayé de décrire, dans des articles séparés, l'engouement et l'étranglement, et il est fort aisé de voir que les descriptions se ressemblent et que les symptômes sont les mêmes, à l'intensité près, cette intensité étant moindre dans le premier que dans le second. Boyer s'y est pris d'une autre manière : il a parlé de l'engouement dans son article de l'étranglement ; il a dit que la hernie pouvait s'étrangler par engouement, la distension de l'intestin amenant une inflammation, comme dans les cas signalés plus haut. En effet, si réellement l'accumulation des matières fécales dans l'intestin est pour quelque chose dans la production d'un étranglement, c'est en déterminant une inflammation. Mais la chose est-elle aussi fréquente que les auteurs semblent le dire généralement? M. Malgaigne a bien posé cette question, et l'a résolue par la négative. Il a eu l'occasion d'observer à Bicêtre un grand nombre de vieillards avec des hernies volumineuses, circonstance regardée comme favorable à l'engouement, et il n'a jamais constaté l'accumulation des matières stercorales. D'un autre côté si l'on se rappelle les cas de hernies étranglées à l'opération desquelles on a assisté, on ne se souvient pas d'avoir souvent noté le fait ; si l'on consulte les observations consignées dans les livres, on le trouve à peine signalé. Nous pensons donc que l'engouement est rare, et surtout l'engouement comme point de départ d'une constriction qui gêne la circulation sanguine ; n'oublions pas cependant qu'il a lieu quelquefois. Je lis une observation dans laquelle M. Goyrand a trouvé, chez un enfant, l'anse intestinale étranglée pleine de matières fécales ; et je vois, au milieu des faits rapportés par O'Beirne (*Dublin journal of medicine*, 1838), un cas dans lequel des excréments solides et durcis remplissaient la cavité de l'intestin étranglé.

» La distension de l'intestin par des gaz est encore une cause d'étranglement. M. O'Beirne a particulièrement insisté sur cette variété, qu'il regarde comme fréquente ; et voici comment il l'explique. Au moment où une anse intestinale se déplace pour venir dans une hernie, le diaphragme et les muscles abdominaux poussent avec violence un courant de gaz dans sa cavité ; l'intestin se dilate rapidement, se trouve poussé contre les bords résistants de l'anneau qui fait obstacle, et il ne peut plus repasser dans l'abdomen ; en même temps, l'action des grands muscles expulseurs maintient un courant de gaz dans les bouts supérieur et inférieur, et produit ainsi un nouvel empêchement à la réduction, empêchement que ne peut vaincre l'anse intestinale privée de la ressource des muscles abdominaux et du diaphragme. Les idées de M. O'Beirne méritent un examen sérieux, et pourront aider à mieux comprendre le mécanisme de l'étranglement faible qui arrive chez les vieillards, et qui a été l'occasion de discussions récentes. Il me paraît seule-

ment que l'explication de M. O'Beirne a besoin, pour qu'on la comprenne, d'être développée davantage. En la présentant de cette manière, en effet, on ne voit pas pourquoi, dans tous les cas où une hernie s'échappe à la suite d'un effort, elle ne s'étrangle pas de cette manière; pourquoi cela a lieu quelquefois et non pas toujours. Il faut ajouter que cette distension trop grande aura lieu surtout si, au moment de l'issue de l'intestin, le canal digestif renferme beaucoup de gaz: c'est ce qui arrive en particulier pendant le travail de la digestion; et, en effet, on voit souvent des hernies s'étrangler à cette époque.

» La dilatation par les gaz a d'ailleurs de l'importance dans tous les cas: on trouve habituellement l'intestin fortement tendu, et cette tension a certainement pour résultat d'exercer une pression de dedans en dehors qui augmente les effets de la constriction.

» Il résulte de tout ce qui précède, qu'on ne doit pas, pour admettre l'étranglement réel d'une anse intestinale, regarder comme nécessaire une constriction portée jusqu'à l'oblitération de son calibre. Nous verrons apparaître comme symptômes presque constants de l'étranglement, la constipation et le vomissement, et l'on aurait tort de croire que ces symptômes supposent l'oblitération dont je parle; l'obstacle au passage des matières stercorales y prend une large part sans doute, mais nous verrons aussi la péritonite avoir une grande influence. Ce que je veux établir seulement ici, c'est que le degré de la constriction est variable; dans certains cas l'étranglement est très serré, l'intestin est oblitéré complétement; dans d'autres, il est moins serré, l'intestin reste plus ou moins perméable, et dans d'autres, enfin, l'étranglement est peu serré, il est très faible; le calibre de l'intestin n'est point fermé, mais il y a gêne à la circulation sanguine et à celle des matières stercorales. Et je pose un dernier problème: Voici un étranglement dont les accidents augmentent plus ou moins rapidement; depuis l'instant où il commence jusqu'à celui où la mortification de l'intestin arrive, il est vraisemblable que la constriction s'accroît, et que l'étranglement devient de plus en plus serré; cependant le gonflement de la paroi intestinale n'est pas suffisant pour expliquer seul le phénomène: d'ailleurs il y a une *tendance à la dilatation par les gaz*. Comment comprendre cette difficulté? Je pense qu'il faudra faire intervenir encore ici le phénomène de la rétraction, et croire à un resserrement réel de l'anneau. Si le tissu fibreux des membres subit une rétraction notable par les inflammations aiguës des tissus environnants, ainsi que M. Gerdy l'a admis dans ces derniers temps, le tissu fibreux d'un anneau herniaire ne pourra-t-il pas se rétracter aussi, par la même cause, une inflammation violente des parties voisines? Et si l'on a peine à l'admettre pour le tissu fibreux naturel, celui de l'anneau inguinal par exemple, devrait-on le refuser aussi pour le tissu cellulo-fibreux qui est passé plus ou moins complétement à l'état fibreux, celui de l'infundibulum dans la hernie crurale, par exemple? L'attention, mieux éveillée aujourd'hui sur les maladies du système fibreux, donnera peut-être de la valeur à cette proposition qui est en ce moment une hypothèse. » (Gosselin, *loc. cit.*, p. 180.)

L'étranglement spasmodique est maintenant à peu près universellement rejeté, et avec raison, et nous ne le discuterons même pas. Il y a une chose qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que le rôle que joue l'engouement dans l'étranglement n'empêche pas que l'engouement n'ait ses symptômes à lui, et que nous n'ayons dû les décrire à part.

Des causes plus éloignées qui amènent l'étranglement, les unes sont prédisposantes, les autres efficientes.

Les premières sont relatives à l'âge du sujet, à l'espèce, au volume et à l'ancienneté de la hernie. L'étranglement est rare chez les enfants, au point que l'on compte les cas observés par MM. Goyrand sur un enfant de quatre mois (hernie inguinale congénitale); Roux, sur un enfant de deux ans; Heyfelder, sur un enfant de quatre jours. L'accident devient moins exceptionnel chez les jeunes sujets, pour atteindre son maximum de fréquence chez l'adulte. On l'observe aussi chez les vieillards; mais à cette dernière époque de la vie, l'accident est moins violent, parce que la réaction est moindre. L'influence du sexe n'a

pas été suffisamment précisée pour qu'il soit possible de l'indiquer.

Il n'en est pas de même de l'espèce de hernie; l'entérocèle et l'entéro-épiplocèle sont plus exposées à l'étranglement que l'épiplocèle simple. Les hernies habituellement maintenues et qui sortent de temps en temps, s'étranglent plus souvent que les hernies habituellement sorties. Les petites hernies s'étranglent plus facilement que les grosses, ces dernières ayant trop affaibli l'anneau et passant dans un collet trop large pour y être étroitement serrées.

Les causes occasionnelles sont loin d'être toujours connues; leur mode d'action échappe d'ailleurs souvent. L'étranglement est la conséquence, tantôt d'un effort, tantôt d'une violence extérieure sur la tumeur, d'une digestion difficile dont le résidu irrite l'anse herniée. C'est à la suite des repas que la distension par des gaz peut être invoquée pour expliquer le développement de l'étranglement. Répétons que bien souvent l'étranglement arrive sans qu'on puisse savoir comment.

Caractères anatomiques de l'étranglement. — Souvent la peau qui revêt la tumeur n'offre aucun changement, non plus que les couches celluleuses et aponévrotiques sous-jacentes. D'autres fois ces couches sont épaissies; le tissu cellulaire est infiltré. Il arrive qu'elles sont amincies dans certains points qui se laissent distendre par le sac et la sérosité, et forment ainsi les petites bosselures dont Saviard et A. Dubois ont fait mention. Il y a des dispositions anatomiques qui ne sont pas directement liées à l'étranglement et que cependant le chirurgien ne doit pas ignorer: ce sont ces kystes formés dans le tissu cellulaire et remplis de sérosité ou de pus; ce sont encore ces masses adipeuses renfermées dans une poche celluleuse et simulant un épiploon dans un sac herniaire.

Quelquefois le sac est libre; mais dans l'immense majorité des cas il est adhérent au tissu cellulaire ambiant; il a la minceur normale du péritoine, ou il offre une épaisseur variable et quelquefois considérable, et il est quelquefois de consistance cartilagineuse. Sa surface interne est tantôt lisse et polie avec l'aspect grisâtre ordinaire; tantôt rouge, inégale par des exsudations plastiques. Le plus ordinairement le sac est distinct des viscères herniés, sa cavité remplie de sérosité transparente, grisâtre ou sanguinolente, ou mélangée de flocons pseudo-membraneux. Cet épanchement de liquide dans le sac herniaire est un guide précieux pour l'opérateur, mais il manque souvent, et Sanson a dit: « que les cas dans lesquels on ne rencontre pas de sérosité dans cette poche ne sont guère moins nombreux que ceux où elle en contient (*Dict. de méd. et de ch. pratiq.*) »; ce qui n'empêche pas qu'elle ne soit parfois assez abondante pour constituer une véritable hydropisie du sac herniaire dans la hernie étranglée. (Velpeau.)

Outre qu'il peut n'y avoir pas de sérosité dans un sac libre à la face interne, la sérosité peut manquer d'une autre manière, par l'adhérence de la surface interne du sac au viscère hernié; la sérosité ne peut pas se trouver dans une cavité qui n'existe point. Ces adhérences peuvent être anciennes et solides; alors elles ne sont pas le produit de l'étranglement actuel; elles peuvent être récentes, molles, faciles à déchirer. Elles sont générales ou partielles, et c'est surtout au voisinage de l'étranglement que se rencontrent les adhérences molles intimes qui en sont la conséquence. Dans le cas d'adhérences partielles, il peut y avoir de la sérosité dans les intervalles. Sur une hernie crurale qui avait été étranglée par l'anneau fibreux, le sac s'était ulcéré et perforé en même temps que l'intestin, par le fait même de l'étranglement. (Perrochaud, *Thèse*, 1842.)

Les viscères étranglés présentent des altérations extrêmement importantes. Il y a pour l'intestin des différences relatives au volume et à la lésion qu'il a subie. Quant au volume, c'est quelquefois une anse complète et plus ou moins longue; ou une partie plus ou moins étendue de la circonférence de l'intestin est seule pincée; parfois c'est un appendice anormal qui est le siége de l'étranglement. Les altérations du viscère varient comme le degré de l'étranglement. La constriction a-t-elle été faible, la surface intestinale est seulement d'un rouge uniforme; la paroi est œdématiée et légèrement épaisse. L'étranglement a-t-il été plus fort et d'une plus longue durée, l'intestin est noir, son épaisseur est plus grande, et si on le coupe, on voit que ses parois sont

infiltrées d'une sérosité sanguinolente, et quelquefois de sang presque pur. Ce sang interposé aux trois membranes permet de les séparer facilement les unes des autres. La surface péritonéale est couverte d'exsudations plastiques ; ou bien elle a seulement perdu en certains points son aspect lisse et poli, pour devenir rugueuse et comme chagrinée. Quelquefois le péritoine est soulevé çà et là par de petites accumulations de sang ; dans quelques endroits cette membrane a été déchirée et l'on aperçoit à nu de petits caillots sanguins. A ce degré, il n'est pas rare de rencontrer aussi un ou deux petits abcès dans l'épaisseur même de la paroi intestinale.

Jusque là l'organe est distendu par du gaz. L'intestin a-t-il été encore plus violemment étreint, la coloration est moins foncée, et la distension de l'intestin nulle. Il est revenu sur lui-même, affaissé ; ses parois sont emphysémateuses, et toutes les parties exhalent l'odeur caractéristique de la gangrène. C'est qu'alors il y a réellement gangrène, et l'anse présente une ou plusieurs perforations par lesquelles les gaz et les matières fécales se sont épanchés dans le sac.

C'est surtout au niveau du point où a porté l'étranglement que les altérations sont remarquables. Si la constriction a été faible, on ne voit qu'une rainure circulaire peu prononcée, à peine indiquée dans certains cas. Plus fort, l'étranglement a amené une destruction plus ou moins profonde des tissus, destruction résultant sans doute d'un travail d'ulcération. Tantôt la destruction porte sur le péritoine seul ; tantôt sur le péritoine et la tunique musculaire, et alors il ne reste plus que la muqueuse refoulée en manière de bourrelet vers la cavité de l'intestin. Plus souvent la séreuse est intacte, et la musculeuse est seule le siége de la solution de continuité, ou bien cette solution comprend à la fois la musculeuse et la muqueuse. On a comparé avec raison ce dernier cas à ce qui se passe dans une ligature artérielle où la tunique externe seule n'est pas coupée.

Lorsqu'une portion seulement de la circonférence de l'intestin a été étranglée, l'altération est dessinée par un cercle unique ; mais dans le cas où une anse complète est étranglée, les traces du lien constricteur se voient et à la jonction de l'anse avec le bout supérieur, et à sa jonction avec le bout inférieur.

Ritsch avait raison : ce cas n'est pas si rare qu'on aurait pu le croire, au moins quant au rétrécissement ; car nous ne sachons pas qu'on ait rencontré un nouveau cas d'oblitération. Il n'en est pas de même du resserrement ; un grand nombre de chirurgiens l'ont constaté, et M. Teissier en a réuni plusieurs exemples (*Archives*, 3e série, t. I).

Le rétrécissement peut s'effacer à la longue ; mais il peut devenir permanent et empêcher le rétablissement du cours des évacuations.

Nous avons vu qu'au dernier degré de l'étranglement une perforation peut se produire. Elle se fait par deux mécanismes : ou par la chute d'une escarre, ou par ulcération. Cette ulcération occupe rarement le pourtour de l'anse intestinale ; elle se trouve limitée au point où l'anneau constricteur est le plus tranchant. MM. Goyraud (*Presse médicale*, 1837) et Perrochaud (*Thèse citée*) l'ont vue produite par le bord du ligament de Gimbernat dans les hernies crurales.

Quand l'étranglement porte sur une anse complète, la gangrène partielle se voit bien plus souvent à l'union de cette anse avec le bout supérieur qu'au commencement du bout inférieur. C'est que le bout supérieur distendu par les matières fécales et par les gaz, et soumis à des tiraillements par les mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques, éprouve une compression plus violente. (Demeaux, *Thèse.*)

L'étude de ces lésions anatomiques est très propre à révéler la nature de l'étranglement.

Enfin, même après que l'étranglement est levé, l'intestin est resserré au niveau de la constriction ; il y a un véritable rétrécissement que Ritsch a vu aller jusqu'à l'oblitération, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Il y a donc dans l'étranglement des degrés ; une succession de phénomènes qui marchent vers la mortification de la partie, et cette marche est plus ou moins rapide suivant les cas.

Les altérations que l'étranglement amène dans l'épiploon étranglé sont le gonflement, une coloration rouge et violacée. La circu-

lation veineuse est bien encore entravée ici, mais, chose importante, il est rare qu'elle soit entièrement arrêtée; aussi la gangrène est-elle chose rare dans la hernie de cet organe. Cependant l'étranglement de l'épiploon peut amener l'inflammation et la suppuration de cette membrane.

Le foie, l'ovaire, le testicule, l'appendice cœcal, etc., peuvent aussi s'étrangler dans les hernies; nous donnerons les caractères spéciaux de ces étranglements divers à l'occasion de chaque hernie en particulier.

Outre les lésions de la hernie elle-même, le péritoine abdominal en présente d'autres avec ou sans épanchement de matières fécales. Les traces d'inflammation sur cette séreuse sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche davantage du siége de l'étranglement. Il ne faudrait pas croire cependant que la péritonite soit constante: on l'a vue manquer; mais en général elle existe, plus marquée dans l'entérocèle que dans l'épiplocèle, et toujours proportionnée au degré de l'étranglement.

Dans le ventre, le bout supérieur de l'intestin est dilaté, distendu par des gaz et des matières, tandis que le bout inférieur est affaissé. Dans l'épiplocèle étranglée, le météorisme est général, et en rapport avec l'intensité de la péritonite.

Symptômes de l'étranglement. — L'étranglement s'annonce par la douleur et l'augmentation de volume de la tumeur; cette douleur gagne bientôt l'abdomen, et si la hernie n'était pas irréductible, elle le devient. Des vomissements, d'abord de substances alimentaires, si la dernière digestion n'est pas terminée, puis de matières bilieuses, puis enfin de matières qui ont parfois l'aspect et presque toujours l'odeur de fèces; des hoquets, des éructations viennent s'y joindre, et enfin la constipation. Si le gros intestin n'était pas vide au moment de l'accident, une évacuation peut encore avoir lieu, mais ensuite les garde-robes et les émissions de gaz se suppriment entièrement; le ventre se tend et se ballonne de plus en plus, à mesure que la douleur s'accroît. Le pouls, d'abord fort et fréquent, faiblit ensuite; la langue se sèche; il y a de la soif, souvent d'autant plus difficile à satisfaire que les boissons provoquent le retour des vomissements. La face est pâle, grippée, et témoigne d'une vive souffrance. Il y a prostration et sensation générale de froid dans tout le corps. On a vu des accidents cholériformes, la cyanose et les crampes dans les membres inférieurs, et quelquefois des phénomènes tétaniques. (Hey, A. Cooper.)

L'invasion, la succession et l'intensité de ces symptômes sont loin d'être toujours les mêmes. Quelquefois ils éclatent brusquement; au moment même où la hernie s'échappe, par exemple, une vive douleur, les vomissements, le ballonnement du ventre, l'augmentation de la tumeur et le grippement de la face se manifestent. Dans d'autres cas, l'étranglement s'annonce par des douleurs moins vives; mais ces douleurs augmentent; la tension et le gonflement de la hernie arrivent peu à peu; quelquefois la peau rougit, et enfin, au bout d'un certain nombre d'heures, les vomissements, les hoquets apparaissent. Dans le premier cas l'étranglement est brusque et violent; dans le second, il est plus lent et consécutif.

Lorsque l'étranglement est brusque, lorsque surtout il se déclare en même temps que la hernie qui en est le siége, les symptômes se succèdent avec une effrayante rapidité, au point de mettre en quelques heures la vie en danger. Mais si une fois l'étranglement établi, les vomissements ne se répètent pas trop souvent, si au bout d'un jour ou deux ils n'ont pas encore pris l'odeur stercorale, si la douleur est supportable, si le ventre conserve sa souplesse pendant un certain temps, cela indique que l'étranglement n'est pas très serré. Il se rencontre ici tant de nuances différentes qu'il est impossible de les indiquer toutes. L'intensité des symptômes dépend d'ailleurs, non seulement du degré de l'étranglement, mais encore du viscère étranglé : ils se succèdent plus lentement, par exemple, et s'aggravent moins vite quand une portion seulement de la circonférence intestinale est pincée, que dans le cas où une anse entière est le siége de l'accident, dans une épiplocèle que dans une entérocèle. Les accidents sont encore moins rapides dans l'entéro-épiplocèle que dans l'entérocèle; la présence de l'épiploon semble amortir l'étranglement.

Les deux principaux symptômes de l'é-

tranglement, le vomissement et la constipation, peuvent se lier à plusieurs causes. D'abord à l'obstacle mécanique apporté au cours des matières fécales. Si cet obstacle est considérable, il suffit pour déterminer les deux accidents, que la péritonite ne fait plus qu'accroître. Mais souvent le resserrement n'est pas porté si loin, et la communication entre les deux points de l'intestin est conservée; les vomissements et la constipation qui se manifestent alors ne peuvent se rapporter qu'à un trouble nerveux ou à la péritonite, mais surtout à la péritonite. On ne saurait comprendre autrement ces symptômes de l'étranglement dans les cas où la constriction porte seulement sur une partie de la circonférence de l'intestin, sur l'épiploon, sur un appendice anormal, sur l'appendice cœcal, sur la trompe de Fallope, etc. Nous verrons plus loin combien l'intervention d'une péritonite peut en imposer sur le degré ou même sur l'existence de l'étranglement.

La terminaison de l'étranglement est variable. Dans les cas les plus heureux, au bout de deux, trois ou quatre jours, les accidents diminuent, puis disparaissent, et la hernie rentre spontanément ou par la moindre pression; ou bien, et cela est particulièrement vrai de l'épiplocèle, et pour l'entérocèle depuis longtemps adhérentes, la tumeur reste au dehors, mais insensiblement les accidents s'effacent. D'autres fois la mort arrive par l'intensité des douleurs et l'affaiblissement qui résulte d'une péritonite devenue générale.

Enfin, si la perforation survient, plusieurs cas peuvent se présenter : tantôt les contractions du bout supérieur de l'intestin attirent du côté du ventre le point perforé ou ramolli, les fèces s'épanchent dans le péritoine dont l'inflammation devient rapidement mortelle; tantôt la perforation s'ouvrant dans le sac herniaire, les gaz et les matières stercorales s'y épanchent : il y a alors un véritable abcès stercoral du sac ; d'autres fois enfin la perforation est circonscrite par des adhérences entre l'intestin et le sac, et l'épanchement est impossible, à moins que l'ulcération ne vienne à dépasser les adhérences et n'ouvre la voie à un épanchement dans le sac.

L'intestin peut se perforer ailleurs qu'au niveau même de l'étranglement, c'est-à-dire dans la partie moyenne de l'anse; alors cette perforation est le résultat ou d'une gangrène partielle, ou d'un épanchement sanguin, d'un petit abcès, qui, développés dans la paroi intestinale, finissent par la déchirer, ou d'une ulcération qui a marché de dedans en dehors, produite par des corps étrangers. (J.-L. Petit.) Dans ces cas encore il peut s'établir un abcès stercoral et consécutivement une fistule ; mais cette terminaison est rare, parce que si la hernie est abandonnée à elle-même et que l'étranglement continue, la mort du sujet ou la gangrène complète de l'anse intestinale arrivent; ou bien le chirurgien pratique l'opération avant que l'abcès stercoral ait eu le temps de se former. Dans quelques cas l'anse intestinale perforée rentre ou spontanément, ou par le taxis, d'où épanchement mortel, s'il n'est prévenu par des adhérences.

Dans les cas où une anse intestinale est frappée de gangrène, les vomissements cessent tout à coup, la tumeur s'affaisse, le pouls devient petit, filiforme, et à ce moment le malade et même le chirurgien inexpérimenté peuvent croire à une amélioration des symptômes; mais bientôt les forcent se perdent de plus en plus, la face s'altère profondément, une sueur froide couvre tout le corps, et la mort arrive.

Cependant le résultat de la gangrène générale d'une anse d'intestin n'est pas toujours aussi funeste; si le malade résiste à l'affaiblissement général, il peut survivre avec un anus contre nature. J.-L. Petit a rapporté deux exemples de cette terminaison qui n'est pas très rare.

Après l'établissement de la gangrène, la tumeur devient molle, emphysémateuse; des phlyctènes, puis des escarres se forment à la peau; ces escarres se détachent, et l'intestin s'ouvre largement dans une étendue proportionnée à l'escarre, et l'anus contre nature s'établit. Le malade échappe à la mort, mais par une déplorable infirmité; encore faut-il la réunion d'un grand nombre de conditions favorables pour arriver à ce résultat équivoque. D'abord il faut, soit par la limitation de la gangrène à l'intérieur du sac, ou par le fait d'adhérences salutaires, que l'épanchement ne puisse se faire dans le ventre; il faut que des adhérences atta-

chent solidement la portion saine de l'intestin au sac herniaire, sinon il se fait dans le péritoine un épanchement mortel. De plus, il est indispensable que l'étranglement ait cessé: car s'il persiste encore malgré la gangrène, les matières fécales ne seront pas rendues à l'extérieur, et tous les accidents continueront.

La cessation de l'étranglement s'explique ici de deux manières : ou bien la constriction n'est pas assez forte pour obturer le bout supérieur, et une fois celui-ci ouvert par une escarre, les matières s'écoulent librement; ou bien, ainsi que Sanson l'a dit, les parties comprimantes se sont ramollies, gangrenées en même temps que les parties comprimées, et l'étranglement cesse par lui-même.

L'invasion de la gangrène a lieu à une époque variable de l'étranglement; terme moyen, c'est vers le troisième, le quatrième jour, souvent plus tard et quelquefois beaucoup plus tôt. Larrey l'aurait observée au bout de deux heures. (*Mém. de chirurgie et campagnes.*) A. Cooper cite un cas où elle se déclara en sept heures. Richter l'a vue survenir après huit heures, Lawrence après douze, Pott après vingt-quatre. M. Vidal a opéré une hernie crurale gangrenée, étranglée depuis sept heures seulement : l'état de l'intestin semblait autoriser la réduction; mais au bout de huit jours les matières fécales sortirent par la plaie: il y avait eu gangrène partielle, et à la chute de l'escarre l'anus contre nature s'établit.

On conçoit toute l'importance qu'il y aurait à pouvoir préciser l'époque de la formation de la gangrène dans chaque cas particulier; malheureusement c'est bien souvent impossible, car l'intensité des symptômes est loin d'être toujours en raison de celle de l'étranglement. Ici se place une remarque qui n'a échappé ni à Sanson ni à M. Vidal (de Cassis), mais que Scarpa avait faite avant eux : c'est que le pincement, l'étranglement d'une portion seulement de la circonférence de l'intestin amène plus vite la gangrène que l'étranglement d'une anse complète. Le cas est insidieux ; les symptômes sont moins intenses, et cependant les désordres anatomiques sont plus rapides. C'est d'ailleurs une différence facile à expliquer, selon M. Gosselin : « Quand c'est une anse complète, elle peut recevoir encore du sang par le mésentère pendant un certain temps; quand c'est une anse incomplète, il n'y a plus cette ressource dès que la constriction est un peu forte. » (*Loc. cit.*, p. 201.)

Dans l'épiplocèle étranglée la gangrène est beaucoup plus rare. Elle s'annonce encore par cette rémission de symptômes dont il a été question, et par le même affaissement particulier accompagné de prostration qui peut également ici se terminer par la mort; ou bien des escarres se forment aux téguments; elles tombent, et l'épiploon se détache ensuite en détritus grisâtres ou en lambeaux moux et pulpeux; enfin, après une suppuration plus ou moins longue, s'il n'y a pas d'accidents, la guérison a lieu. Mais parfois la gangrène de l'épiploon gagne la portion de cet organe qui est contenue dans le ventre. Pott a vu la mort arriver de cette manière, et Ledran a observé une épiplocèle de la ligne blanche, où « la pourriture s'était par proximité continuée jusqu'à l'estomac, où l'on trouva un trou à passer le pouce; la portion adhérente de l'épiploon recouvrait ce trou de manière à ce que rien ne pouvait sortir. »

L'étranglement de l'épiplocèle peut aussi se terminer par une inflammation suppurative; alors rougeur de la peau, augmentation de l'empâtement, légers frissons, puis fluctuation, évacuation spontanée ou artificielle du pus; l'épiploon, se trouvant par là au contact de l'air, peut se gangrener et tomber, ou bien revenir peu à peu sur lui-même, et, se confondant dans la cicatrice générale, il met, au moins pendant un certain temps, le malade à l'abri d'une nouvelle hernie.

Cette terminaison de l'étranglement par suppuration dans les hernies épiploïques est encore l'occasion de difficultés de diagnostic; car il peut y avoir inflammation de l'épiploon sans étranglement, et des résultats semblables à ceux que nous signalons.

L'épiploïte expose à un autre accident : « J'ai vu, dit M. Vidal (de Cassis), sur un sujet, les veines de l'épiploon seulement enflammées; donner lieu aux funestes effets de l'infection purulente. »

Diagnostic. — Le diagnostic est ici d'une importance extrême ; une erreur peut faire pratiquer une opération inutile ou omettre une opération nécessaire.

Il arrive qu'avec les symptômes généraux de l'étranglement, les vomissements stercoraux, les hoquets, le ballonnement du ventre, il n'y a ni tuméfaction ni douleur aux régions herniaires, et le malade rapporte les accidents à toute autre cause. Le chirurgien croit à un étranglement interne, et l'autopsie révèle une très petite hernie, dans laquelle une portion seulement de la circonférence de l'intestin avait été pincée, et qui ne faisait pas de relief sensible, ou qui se trouvait à l'anneau sous-pubien ou dans quelque autre point où cette affection est rare. Il faut donc alors, avant de se prononcer pour un étranglement interne, explorer avec un soin minutieux toutes les régions où les hernies peuvent se produire, et rechercher si l'on n'y découvre point une petite tumeur douloureuse à la pression. On sentira toute l'importance de cet examen en lisant l'observation suivante :

« Obs. 3. Une femme de soixante-trois ans présentait, depuis dix jours avant son entrée, les symptômes d'un étranglement peu intense; elle assurait n'avoir jamais eu de descente, et refusait absolument de laisser examiner son ventre ; elle céda néanmoins à nos instances, et je crus reconnaître une très petite hernie crurale droite. Néanmoins on pouvait conserver des doutes. M. Mailly, médecin de la salle, pria Sanson de voir cette femme. Le malheur voulut qu'à la première pression faite par ce chirurgien, la petite tumeur rentrât et disparût. La malade mourut quelques heures après d'une péritonite suraiguë, et l'on reconnut à l'ouverture du corps, qu'une partie de la circonférence de l'intestin grêle avait été prise dans une hernie crurale dont on voyait encore le sac, et qu'une perforation avait donné lieu à un épanchement stercoral après la réduction. » (Gosselin, *loc. cit.*, p. 204.)

Il se rencontre quelquefois des cas tout opposés : il y a avec des symptômes généraux d'étranglement dans une région herniaire, une tumeur qui n'est pas une hernie. L'inflammation et la suppuration du cordon spermatique donnent lieu, chez certains sujets, à de vives coliques, à des nausées et à des vomissements : et alors si l'on fait des tentatives de réduction, elles ne seront pas seulement inutiles, elles seront douloureuses et même dangereuses, parce qu'elles peuvent augmenter l'inflammation.

Une hernie étranglée peut être simulée par le testicule arrêté et enflammé dans l'anneau, comme on le voit dans un fait que M. Delassiauve a consigné dans la *Revue médicale*, mars 1840.

Heureusement que le débridement est indiqué pour un testicule étranglé comme pour un intestin étranglé.

Un phlegmon de la région inguinale, une adénite aiguë, donnent quelquefois lieu à la même méprise, parce que les accidents ressemblent à ceux de la hernie étranglée, soit qu'ils dépendent de l'intensité excessive de la phlegmasie locale, soit que cette phlegmasie s'étende au péritoine.

Dans ces cas, on est préservé d'une erreur qui, après tout, ne serait pas très fâcheuse, par l'intensité des symptômes, toujours moins grands que dans une hernie étranglée, et par les commémoratifs qui indiquent l'existence ou la non-existence d'une hernie antécédente. Mais on peut encore se tromper; car il existe, nous l'avons vu plus haut, des étranglements réels de hernie dans lesquels les symptômes sont faibles, lents à se produire, et peuvent ressembler par conséquent aux accidents généraux d'un abcès. Mais il faut bien l'avouer, il y a des cas où l'erreur est tout à fait inévitable; on se décide alors à l'opération, indispensable pour une hernie et utile pour une inflammation aiguë.

Les tumeurs appelées hernies graisseuses sont celles qui ont été l'objet des erreurs les plus singulières. Tantôt le chirurgien reste persuadé qu'il a opéré et réduit une épiplocèle étranglée, et l'on trouve à l'autopsie une masse graisseuse dont l'enveloppe ressemble à un sac herniaire; la tumeur n'avait été que refoulée. (Voyez Costilhes, *Bulletin de la Société anatomique*, 16e année.)

Tantôt c'est une erreur plus curieuse encore : on croit avoir excisé une portion d'intestin, et ce n'était que de la graisse. Tout le monde connaît l'observation que

Tartra a consignée dans le t. II du *Journal de Corvisart*, *Leroux et Boyer*.

Un ganglion engorgé dans l'aine, une tumeur quelconque de cette région peut masquer une petite hernie placée derrière et qui est étranglée. M. Laharpe, de Lausanne, a publié (*Gazette médicale*, 1839) un fait de ce genre : Symptômes d'étranglement, et dans l'aine tumeur du volume d'une noix, inégale, bosselée, peu sensible à la pression. Diagnostic : péritonite avec iléus, et un ganglion engorgé. A l'autopsie, on trouve bien, en effet, le ganglion ; mais à sa face postérieure adhérait le sac d'une petite hernie contenant une anse d'intestin grêle ; il y avait eu perforation et épanchement dans le ventre. Qui ne comprend ici toute la difficulté du diagnostic?

L'étranglement interne en impose aussi quelquefois pour l'étranglement herniaire : les symptômes de l'étranglement existent, des symptômes intenses, et le malade présente une hernie irréductible depuis longtemps ou depuis quelques jours seulement. On opère ; on ne trouve pas d'étranglement dans la hernie, la mort survient, et à l'autopsie on découvre un volvulus. Une péritonite dépendant d'une autre cause peut encore occasionner cette erreur. Une femme est prise au quatrième mois de sa grossesse des symptômes de l'étranglement : on opère une omphalocèle depuis longtemps irréductible et devenue douloureuse. Que trouve-t-on? Une épiplocèle adhérente non étranglée. Les accidents persistent, la malade avorte et succombe. L'ovaire droit était uni au côlon lombaire correspondant par des adhérences sous lesquelles l'intestin grêle était serré. (Voy. Sani, *Gazette médicale*, 1839.)

Voici comment on peut arriver à distinguer l'étranglement herniaire de ces cas qui le simulent. Dans l'étranglement interne et faux la hernie ne devient douloureuse qu'en dernier lieu, tandis que dans le véritable étranglement herniaire la tumeur est le point de départ de la douleur. C'est ainsi que Pott a évité une méprise chez un homme qui avait, avec une hernie, les symptômes généraux de l'étranglement.

Un cas extraordinaire s'est offert à M. Flaubert. Une vieille hernie inguinale sort et s'étrangle dans une chute qui porte assez violemment sur la tumeur ; le taxis fait rentrer une partie de la tumeur, mais il en reste une autre partie qui augmente, et des accidents arrivent. On opère : rien dans le sac, que du sang qui le remplissait. La tumeur offrait une teinte bleu jaunâtre sur les téguments. Cette teinte, ainsi que la consistance de cette partie de cavité de la tumeur, qui augmenta après la réduction de la première partie, aurait peut-être pu mettre sur la voie. (Flaubert, *Thèse*, 1839.)

Avec les symptômes de l'étranglement, il y avait une hernie qu'on a réduite avec difficulté : les accidents persistent. Dans ce cas Dupuytren a cru à une réduction de la hernie en masse ; il a ouvert le ventre pour aller à la recherche du collet du sac, et le collet avait été ouvert, et la hernie n'était point rentrée en masse. Concluons qu'il y a de ces cas dont l'obscurité est au-dessus des ressources du talent le plus expérimenté.

Une difficulté extrême peut venir de la multiplicité des hernies chez un sujet qui présente les symptômes généraux de l'étranglement. Ici il peut y avoir plusieurs causes d'erreur. D'abord le malade ne connaît qu'une hernie : elle est souple, non douloureuse, et même on la réduit. Les accidents continuent : ils sont déterminés par une de ces petites hernies inaperçues dont il a été question plus haut. Nouvelle raison d'un minutieux examen.

Le malade accuse plusieurs hernies, mais laquelle est étranglée? En a-t-il même une d'étranglée? L'observation suivante donnera une idée de l'embarras où se trouve alors le chirurgien le plus habile.

Obs. 4. *Existence de deux hernies ; accidents simulant la hernie étranglée des deux côtés ; double opération ; pas d'étranglement ; guérison.*

« On apporte à l'Hôtel-Dieu, le 27 septembre 1814, un homme qui paraît dans un état désespéré : les extrémités sont froides, le visage décoloré, le pouls extrêmement petit, à peine perceptible ; le ventre tendu, douloureux, surtout à sa partie inférieure ; il y avait en outre des hoquets, des vomissements de matières sans odeur, de la constipation. Nous

croyons qu'il n'a que quelques heures à vivre ; à peine peut-il nous répondre qu'il a depuis longtemps deux hernies inguinales, que ces hernies sont devenues douloureuses depuis une époque qu'il ne sait pas préciser. On le met au lit en attendant Dupuytren qui, à son arrivée, le trouve dans le même état. Les signes commémoratifs étaient d'une extrême importance, et cependant ce malheureux, pendant un grand quart d'heure, ne cessa de se contredire. On était donc réduit aux signes sensibles, et ils ne pouvaient indiquer d'une manière positive la cause de la maladie.

» Était-ce une péritonite, un étranglement interne, ou une hernie réduite en masse?

» Dupuytren ordonne de continuer les lavements et de pratiquer une saignée au malade.

» Le soir, une évacuation alvine très abondante a lieu, d'autres s'opèrent pendant la nuit; les vomissements cessent, mais les hoquets persistent.

» Le lendemain, pouls développé, face rouge, ventre souple. Le malade est plus susceptible d'attention, et fait ainsi l'histoire de sa maladie (on vérifia l'exactitude de son récit par des questions multipliées et présentées sous diverses formes). Depuis onze ans environ, il avait deux hernies qui avaient paru à six mois de distance l'une de l'autre. Ces hernies, qu'il contenait par un bandage à pelote double, sortaient quelquefois sous le bandage, mais elles étaient facilement réduites ; la droite sortait plus aisément que la gauche. Ces hernies ne lui avaient jamais causé d'incommodité, lorsque, la veille de son entrée, il fait un effort ; les deux hernies s'échappent et deviennent douloureuses. Il fait rentrer lui-même la hernie droite, appelle un médecin qui réduit celle du côté gauche et prescrit de l'infusion de camomille. Les accidents de l'étranglement augmentent, on l'apporte à l'Hôtel-Dieu.

» Quel parti prendre?

» La plupart des symptômes de l'étranglement existaient; mais on n'avait pas ici de vomissement de matières fécales ; les évacuations alvines se faisaient librement.

» On fait marcher le malade ; la hernie gauche sort. Elle est molle et rentre facilement. Il n'y a pas de raison suffisante pour opérer.

» Le soir, même état. Le malade avait beaucoup évacué ; point de vomissements ni de hoquets ; ventre souple et sensible à la pression, surtout dans l'hypogastre et aux régions iliaques. Dupuytren, persuadé du peu d'inconvénient de l'opération dans le cas où il se tromperait, et de ses grands avantages s'il y a étranglement, se décide à la pratiquer. Il opère d'abord le côté droit, parce qu'il n'existait pas de tumeur de ce côté, parce que cette hernie, qui, suivant le récit du malade, sortait plus aisément que l'autre quand il se portait bien, n'avait pas reparu par l'effet de la marche. Il ne conçoit pas, en effet, comment une portion d'intestin non étranglée pourrait sortir, lorsqu'il existe une hernie réduite avec son sac; il faudrait, pour cela, qu'il se formât tout de suite un nouveau sac, ce qui est impossible.

» Une incision de deux pouces et demi à trois pouces est pratiquée à la peau du côté droit, suivant la direction de l'anneau. Aussitôt se présente une espèce de cordon cylindrique qu'on avait senti à travers les téguments : on l'ouvre avec précaution, et l'on parvient dans une poche lisse qu'on reconnaît pour le sac herniaire. Le doigt, introduit dans cette poche, rencontre en haut un cul-de-sac; une sonde cannelée, portée dans le même sens, pénètre dans la cavité abdominale et amène de la sérosité sanguinolente. On agrandit l'ouverture faite à ce sac, on l'attire au dehors, et l'on voit que son collet est prononcé sur lui-même et rétréci comme par une espèce de cicatrice. Ce collet est incisé : le doigt, porté dans la cavité abdominale, ne trouve pas d'étranglement. On opère de l'autre côté : dans le sac herniaire était une portion d'épiploon très saine ; le doigt, introduit dans l'anneau, parvient dans une poche lisse où était une anse d'intestin qu'on put facilement repousser dans le ventre.

» Le malade guérit parfaitement sans accidents; mais il est fort douteux que les deux opérations aient concouru à cet heureux résultat. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 578.)

Un malade d'A. Cooper avait trois hernies, deux irréductibles, et la troisième

douloureuse. On allait opérer cette dernière si la mort n'était survenue; et cependant la douleur n'était due qu'à un ganglion enflammé au-devant d'un sac herniaire vide, et la mort était la conséquence d'une péritonite générale sans étranglement.

Dans la plupart des cas précédents, l'erreur vient de ce que l'on croit à un étranglement qui n'existe pas. Il y a une autre méprise possible : c'est celle qui consiste à méconnaître un étranglement réel, à ouvrir, par exemple, une hernie étranglée pour un bubon ou un abcès; mais cette erreur est extrêmement rare, parce que la première idée que réveillent de pareils symptômes du côté du ventre, c'est celle d'une hernie étranglée.

L'inflammation d'un sac herniaire, vide et oblitéré à son col, en a imposé à un homme extrêmement habile. (Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 582.)

M. Manoury rapporte (*Bulletin de la Société anatomique*, 1841) un cas où M. Roux reconnut cette inflammation du sac. Ce qui expose à l'erreur, c'est la douleur locale et le gonflement; ce qui peut en préserver, c'est le peu d'intensité des symptômes abdominaux relativement à la douleur.

Nous allons emprunter à M. Gosselin un passage qui va préparer et abréger le diagnostic différentiel de l'étranglement et de l'inflammation de la hernie :

« Nous sommes loin de nier l'inflammation pure dans une hernie; nous sommes loin de prétendre que l'étranglement consécutif arrivera nécessairement. Il me semble seulement que les preuves de M. Malgaigne ne sont pas suffisantes, et que l'opinion de Boyer sur la rareté de cet accident est toujours la meilleure. Après tout, dira quelqu'un, cette distinction est inutile et se rattache à des subtilités, peut-être à un certain point de vue; mais c'est qu'il y a derrière cette question de diagnostic une question pratique de la plus haute importance, et qui est celle-ci : Quand peut-on espérer une réduction? Quand l'opération sera-t-elle indispensable? En définitive, qu'a voulu Richter? Il a voulu prouver que certaines hernies n'avaient pas besoin d'être opérées, et que pour elles la prudence ordonnait d'attendre longtemps. Il lui fallait une explication : il a fait l'étranglement spasmodique. Ensuite, qu'a voulu prouver Goursaud? Il a voulu prouver que les hernies volumineuses, anciennes, habituellement non contenues, pouvaient rentrer sans opération. Il lui fallait une explication : il a pris celle de l'engouement, qui a longtemps embarrassé les auteurs, et qui, nous le devons à M. Malgaigne, ne les embarrassera plus désormais. Que veut aujourd'hui M. Malgaigne? Exactement la même chose : il démontre par des faits incontestables, et que le praticien devra consulter, qu'il ne faut pas se hâter d'opérer dans les cas semblables à ceux signalés par Goursaud; seulement M. Malgaigne substitue comme explication, la péritonite herniaire, le *pseudo-étranglement*. Et que viens-je faire à mon tour? Je reconnais, avec tous nos maîtres, que, dans certains cas, la réduction sera plus sûrement obtenue que dans les autres : ce seront toujours ceux signalés par Goursaud et M. Malgaigne. Je dis seulement que, dans ces cas, l'étranglement est peu serré. Ainsi, sans trop m'écarter des idées reçues, je laisse mieux comprendre et l'irréductibilité de la tumeur, et la disparition des accidents après la réduction. » (Gosselin, *loc. cit.*, p. 216.)

D'après cette manière de voir, le diagnostic se réduirait à juger si l'étranglement est assez violent pour entraîner promptement des accidents mortels, ou s'il est assez faible pour laisser espérer la réduction et la disparition des accidents. Dans le premier cas, la douleur est vive, elle s'irradie promptement vers l'abdomen; les vomissements se succèdent et prennent l'odeur stercorale; la constipation est invincible, la prostration extrême. Dans le second cas, la douleur est moins prononcée, elle s'étend moins vite à l'abdomen; les vomissements sont moins répétés, nullement ou tardivement stercoraux; il y a des intervalles de sensibilité et de repos, qui avaient fait croire au spasme; la constipation n'est point insurmontable et cède à un léger purgatif. Si la tumeur, réductible jusqu'à ce moment, a cessé de l'être depuis qu'elle est douloureuse, et si les symptômes fâcheux se prolongent, on a affaire à l'étranglement. Mais il ne faut pas se dissimuler les nombreuses difficul-

tés. Une épiplocèle violemment étranglée n'occasionnera que des vomissements peu fréquents ; la constipation pourra n'être ni incomplète ni invincible. Comment distinguer ce cas d'une enterocèle peu serrée, et dans laquelle le cours des matières fécales n'est pas entièrement suspendu? Pour résoudre cette question, il faudrait pouvoir dire s'il s'agit d'une épiplocèle ou d'une entérocèle, ce qui, comme nous le verrons, est loin d'être toujours facile.

Lorsque l'étranglement porte exclusivement sur une partie de la circonférence intestinale, cet étranglement peut être très prononcé, sans que les symptômes en manifestent toute la violence, parce que la constipation n'est pas nécessairement invincible. D'ailleurs, si une masse épiploïque se trouve dans l'anneau à côté de l'anse pincée, vous ne pourrez pas démêler exactement les lésions. Dans ces cas obscurs, qu'ils s'appellent engouement, péritonite herniaire, ou étranglement peu serré, on sera souvent exposé à faire un débridement inutile, ou à réduire sans débridement un intestin perforé ou un épiploon gangrené.

Autre difficulté. L'inflammation simple sans étranglement est possible ; elle survient dans les hernies épiploïques, dans celles qui sont irréductibles depuis longtemps ; or elle s'annonce par des douleurs, des vomissements plus ou moins répétés, par une constipation plus ou moins opiniâtre, comme un étranglement épiploïque peu serré. Si le diagnostic est à peu près impossible, parce que dans les deux cas les symptômes n'indiquent pas l'opération, ou si elle est pratiquée, et qu'il y ait un abcès de l'épiploon au lieu d'un étranglement, l'erreur n'a pas de suites fâcheuses. Il faut pourtant tenir compte d'un signe que nous devons à Richter, signe tiré du siége de la douleur qui se développe à la pression. Dans l'étranglement, c'est au niveau des anneaux que cette douleur est à son maximum ; dans l'inflammation, elle est plus uniformément répandue sur le corps de la hernie.

On voit qu'un des points importants du diagnostic, c'est de reconnaître le viscère déplacé. Les symptômes ont-ils une invasion rapide et une grande intensité, on est à peu près sûr qu'il s'agit d'une entérocèle. Au contraire, les vomissements sont-ils peu fréquents, la constipation cède-t-elle à un léger purgatif, on doit être porté à croire à une hernie épiploïque ou entéro-épiploïque. Alors le diagnostic devient encore embarrassant. On reconnaît bien l'épiploon à sa consistance particulière, à une sorte d'empâtement particulier différent de la rénitence intestinale ; mais comment savoir s'il n'y a pas d'intestin sans l'épiploon?

Si la tumeur donne un son clair à la percussion, dans une partie ou dans la totalité de son étendue, il y a de l'intestin ; mais l'abondance de la sérosité, le volume de l'épiploon, la petitesse de l'anse intestinale peuvent rendre ces moyens impuissants à révéler une sonorité significative. L'existence ou la non-existence du gargouillement, alors que la tumeur se réduisait, peut mettre sur la voie.

La hernie contient de l'intestin, mais quelle portion de l'intestin? La percussion de l'abdomen, conseillée par M. le professeur Laugier (*Bulletin chirurgical*, t. II), pourra fournir un renseignement précieux. D'après cet auteur, lorsque le ballonnement et la sonorité se montrent d'abord aux régions hypogastrique et ombilicale, il est probable qu'il s'agit de l'intestin grêle. Si, au contraire, il se rencontre d'abord à la circonférence du ventre, il est probable que c'est le gros intestin qui est étranglé. Le chirurgien de la Pitié reconnaît d'ailleurs qu'à une époque avancée de l'accident, ce moyen perd sa valeur.

Une fois l'organe hernié reconnu, il est important de savoir si la hernie est complète ou incomplète, directe ou oblique; s'il y a dans le sac des adhérences récentes ou anciennes, etc.

Il faudrait savoir surtout l'état du viscère hernié. L'intestin est-il sain ou gangrené? La gangrène générale de l'anse intestinale se manifeste par l'affaissement subit de la tumeur et la diminution des symptômes ; mais la gangrène partielle, une ulcération, une perforation au niveau du collet, un état enfin qui puisse faire craindre un épanchement si l'on réduisait? La date de l'accident peut seule guider ici, et encore que de variétés! N'y a-t-il pas des perforations qui ont lieu en six, huit,

dix ou douze heures, et d'autres qui existent à peine après dix et douze jours d'étranglement.

Des points très importants encore à éclaircir, ce sont le degré et l'étendue de la péritonite. La date de l'étranglement, l'état général, l'examen du ventre, la présence ou l'absence du frottement péritonéal, voilà les données qui servent à résoudre, presque toujours, il est vrai, d'une manière approximative, cette question capitale.

Bien qu'il suffise de se rappeler, au moment de l'opération, la possibilité de l'étranglement, et par un anneau fibreux et par le collet du sac, et qu'il ne soit pas nécessaire de distinguer à l'avance ces deux modes de constriction l'un de l'autre, nous dirons cependant qu'on peut soupçonner un étranglement par le collet, si la tumeur est ancienne, si elle a été maintenue par un bandage, si le doigt peut sentir à travers les téguments une certaine liberté dans l'anneau fibreux, et si enfin, en faisant mouvoir la tumeur de bas en haut, on peut constater un déplacement de la partie rétrécie.

Pronostic de l'étranglement. — D'une manière générale, le pronostic de la hernie étranglée est grave. La mort peut résulter de l'intensité des douleurs, de la prostration, qui est la conséquence de la mortification, de l'épanchement stercoral, et enfin le plus souvent d'une péritonite.

La terminaison par fistule stercorale incurable est encore extrêmement fâcheuse, même quand cette déplorable infirmité est compatible avec la vie.

Maintenant on peut dire que, suivant les cas, le danger est proportionné au degré de l'étranglement.

De plus, une petite hernie étranglée offre plus de danger qu'une hernie volumineuse, une récente qu'une hernie ancienne.

« Je pense que ce n'est point établir une mauvaise règle générale que d'affirmer que plus la hernie est petite, moins il y a d'espérance de la réduire par le taxis. Des efforts, longtemps continués pour réduire l'intestin déplacé, réussissent plus certainement dans les hernies anciennes et volumineuses quand il ne s'est point fait d'adhérence. » (Hey, *Practical observations of surgery*, p. 203.)

D'un autre côté Lawrence ajoute :

« Une hernie ancienne ne s'étrangle pas promptement, et quand elle arrive à cet état, le danger n'est pas imminent ; la distension de l'ouverture, avant l'incarcération, a tellement dilaté et affaibli les parties, qu'elles ne peuvent plus produire une forte constriction. Dans une hernie petite et récente, les dimensions de l'ouverture ne sont point changées, et ses côtés sont résistants : l'étranglement arrive aisément, et le degré de la constriction est toujours considérable.

» Le danger est plus grand quand une hernie s'étrangle au moment de sa formation ; les hernies qui viennent spontanément, et qui paraissent dépendre purement d'une faiblesse prédisposante, s'étranglent rarement : l'étranglement, dans de semblables cas, n'est jamais fort, et les symptômes ne sont point violents, parce que les parties intéressées sont faibles et relâchées.

» L'ouverture à travers laquelle les parties s'échappent est plus étroite dans quelques endroits que dans d'autres ; les progrès de la maladie seront en conséquence plus rapides, et le danger du malade plus pressant. L'ouverture est, en général, très petite dans la hernie fémorale : ce genre de hernie dans les hommes, et le bubonocèle dans les femmes, ont particulièrement une ouverture étroite. Par la même raison, les hernies fémorale, inguinale et ombilicale sont plus dangereuses que les hernies ventrale, périnéale et vaginale.

» Une entérocèle est beaucoup plus dangereuse pour le malade qu'une hernie épiploïque; car les intestins sont plus sensibles, et l'exercice régulier de leurs fonctions est plus essentiel à l'entretien de la vie.

» L'incarcération d'une petite portion d'intestin est la plus dangereuse, parce que l'ouverture est étroite et presse exactement, et que l'effet entier de la pression est supporté par l'intestin tout seul ; en conséquence, l'inflammation apparaît promptement. Quand la quantité de l'intestin est plus grande, l'anneau doit être plus ouvert, et il y a une portion du mésentère pour partager la pression. L'épiploon protége aussi plus ou moins l'in-

testin dans une entéro-épiplocèle. Une épiplocèle incarcérée est moins dangereuse et même elle est rarement fatale. La sensibilité de l'épiploon n'est pas très grande dans l'état naturel; il peut supporter une grande pression sans inconvénient; et quand il est enflammé, il ne produit point ordinairement des symptômes très alarmants.

» Chez les personnes d'une constitution robuste et dans l'âge adulte, les symptômes ont le caractère inflammatoire; les hernies des vieillards sont ordinairement chroniques, ce qui, joint à l'affaiblissement général, imprime à la maladie un caractère plus languissant. Elle prend la même apparence dans les individus d'une constitution faible. Les hernies sont accompagnées de moins de danger chez les très jeunes sujets que chez ceux qui sont d'un âge plus avancé, parce que leurs organes sont plus souples et parce qu'ils sont moins susceptibles d'une inflammation aiguë. Mais, quoiqu'elles soient très rarement étranglées, elles ne sont point pourtant exemptes de cet accident. » (Lawrence, *Traité des hernies*, t. II, p. 60.)

Pott a vu un enfant d'un an mourir d'une hernie étranglée (*Works*, vol. II, p. 33). Gooch cite un cas de gangrène survenu chez un enfant de dix semaines, et, sur un autre de six mois, une hernie étranglée, à l'hôpital de Leyden, etc.

Traitement de l'étranglement. — L'indication consiste à diminuer le volume de la partie serrée, ou à agrandir l'ouverture qui est l'agent de la constriction. Deux séries de moyens sont mis en usage pour arriver à ce but : les moyens médicamenteux et l'opération.

Les antiphlogistiques ont été conseillés sous plusieurs formes : les chirurgiens anglais préfèrent la saignée générale, tandis qu'en France, les sangsues sont plus généralement employées. Lawrence pratique la saignée jusqu'à la syncope, et tente ensuite la réduction; la faiblesse du sujet pouvait seule l'empêcher de porter à ce degré l'évacuation sanguine, et il n'entend pas parler de la faiblesse du pouls, ainsi que le passage suivant en fait foi :

« Il est à peine nécessaire de faire observer que la conduite du chirurgien ne doit pas être réglée, dans ce cas, par l'état du pouls; la douleur et la tension et d'autres symptômes justifient l'emploi plus ou moins répété de cette évacuation, lors même que le pouls est faible et n'est pas plus fréquent que dans l'état naturel. On ne sera point détourné de l'emploi de la saignée par le froid des extrémités, la pâleur du visage et la faiblesse de la respiration, puisque ce sont là les symptômes ordinaires de l'inflammation des intestins : les chirurgiens expérimentés, savent d'ailleurs que la saignée développe le pouls, rétablit la chaleur dans les membres, et relève les forces du malade. » (Lawrence, *Traité des hernies*, p. 135, trad. franç.)

Les *bains chauds*, en amenant le relâchement des tissus et en calmant l'inflammation, sont d'une utilité réelle; ils doivent être prolongés pendant une heure, et davantage si les forces le permettent.

Les *purgatifs* servent d'abord à éclairer le diagnostic; s'ils provoquent des évacuations, c'est qu'au moins une partie du tube digestif n'est pas comprise dans l'étranglement. Les contractions qu'ils déterminent dans l'intestin s'étendent-elles jusqu'à l'anse herniée : dans ce cas, elles peuvent diminuer la quantité de gaz contenu dans la hernie, diminuer ainsi l'étranglement et faciliter la réduction. Les partisans de l'engouement attachent beaucoup d'importance aux purgatifs, dont l'action dans cette circonstance n'indique pas plus un engouement qu'un étranglement peu serré.

Les purgatifs peuvent d'ailleurs rester sans aucun effet, rejetés qu'ils sont par les vomissements; ils peuvent même offrir du danger. Lorsqu'il y a un obstacle absolu au cours des matières, le liquide dont ils déterminent la sécrétion au-dessus de l'étranglement l'augmente encore par l'excessive distension qui en résulte. Aussi y a-t-on rarement recours aujourd'hui, et se décide-t-on alors à ne recourir qu'à des purgatifs très doux, le sulfate de magnésie, l'huile de ricin, le calomel à la dose de 30 à 60 grammes.

Les *lavements* purgatifs n'ont pas une efficacité réelle.

Les lavements d'infusion de tabac ont été beaucoup préconisés par les Anglais, depuis les observations de Pott. Mais il ne faut pas oublier qu'à une dose excessive,

ils deviennent mortels; et que chez l'adulte, 4 gram. de tabac pour 4 hectogram. d'eau sont une proportion assez forte; chez les enfants, elle devrait être moitié moindre. Si un premier lavement n'avait aucun effet, on pourrait en prescrire un second au bout d'une heure ou de deux heures. Il est prudent, si le sujet est déjà affaibli, de donner la première dose, 4 grammes, en deux fois, et non en une fois.

« Lorsque le tabac agit de la manière la plus favorable, il produit un accablement extrême; le pouls devient fréquent et faible; une sueur froide couvre le corps, et le relâchement général est tel que le malade n'a pas la force de contracter un seul muscle volontaire. Dans cet état, il suffit souvent d'une pression très légère pour réduire une hernie qui avait résisté à des efforts considérables. J'ai vu une hernie qui était dure et très résistante, devenir, sous l'influence de lavements de tabac, parfaitement molle et flasque. Ce changement n'était point dû à la rentrée d'une partie des viscères, car aucune compression n'avait été faite, mais il dépendait de ce que la circulation de l'intestin déplacé avait perdu momentanément une grande partie de son énergie. J'ai vu quelquefois le bain chaud déterminer un accroissement de tension et de volume dans la tumeur: c'était sans doute parce que l'action du cœur, rendue plus énergique par l'effet du bain chaud, faisait pénétrer dans le système artériel de l'intestin une quantité de sang plus considérable que les hernies dans leur état de compression ne pouvaient en supporter. L'efficacité du tabac dérive d'un phénomène tout opposé: il déprime tellement la force du cœur, que le pouls peut à peine être senti au poignet. Par suite de la diminution d'énergie qui en résulte temporairement pour la circulation, il s'effectue un dégorgement des vaisseaux distendus de l'intestin, ce qui en diminue le volume et en facilite la rentrée. » (A. Cooper, p. 188, trad. franç.)

En France, comme en Angleterre, les lavements de tabac ont plus d'une fois causé la mort. C'est là ce qui a inspiré à M. Key les réflexions suivantes:

« J'ai vu si souvent les lavements de tabac produire d'heureux d'effets, que je n'hésite jamais à en faire usage, toutefois ayant soin de proportionner la dose à l'âge et à la constitution du malade. C'est, je pense, parce que cette précaution n'a pas toujours été prise, que des objections se sont élevées contre ce moyen puissant. C'est un tort que de soumettre indistinctement à l'action du tabac, comme on le fait en général, les sujets forts et ceux qui sont faibles, les sujets jeunes et ceux qui sont avancés en âge. On doit appliquer, dans l'administration de ce moyen, autant de discernement et de soin que dans l'emploi des médicaments énergiques qui sont donnés par la bouche. » (A. Key, *Notes à A. Cooper.*)

Nous croyons que le tabac sera moins employé, maintenant que l'éther, le chloroforme et les autres substances analogues promettent des succès plus faciles et plus sûr. On en compte déjà assez pour inspirer une grande confiance dans ce nouveau moyen. L'administration de ces vapeurs n'offre ici rien de particulier, nous ne nous y arrêterons pas.

Les *réfrigérants* ont été beaucoup vantés en Angleterre, notamment par A. Cooper: compresses d'eau froide, compresses vinaigrées, lotions évaporantes, tous ces moyens sont recommandés. Tout le monde connaît ce cas de J.-L. Petit, où une femme fit rentrer une hernie étranglée, en faisant coucher son petit fils tout nu par terre et en lui jetant un seau d'eau froide sur sa tumeur. Le réfrigérant le plus usité en Angleterre, c'est la glace en permanence sur la hernie. Il est assurément très actif, mais on a craint d'un autre côté qu'il ne favorisât le développement d'un des accidents les plus redoutables de la hernie étranglée, la gangrène.

O'Beirne a conseillé et pratiqué le procédé suivant: l'introduction d'une sonde œsophagienne dans le rectum jusqu'à l'S iliaque, afin de procurer l'évacuation des gaz du bout inférieur et de faciliter le passage de ceux du bout supérieur dans le premier. O'Beirne et Maunder (*The Lancet*, 1840) paraissent avoir obtenu des succès par ce moyen, qui ne doit être cependant que d'une efficacité bien douteuse, ainsi qu'on le comprend aisément.

« On a employé la belladone à l'intérieur ou en topiques, les bougies dans l'urètre après les avoir enduites de pommades opia-

cées et belladonées, les vésicatoires saupoudrés d'hydrochlorate de morphine, les ponctions de la tumeur dans le but d'évacuer les gaz, les ventouses, l'électro-puncture, etc.

» Les recueils périodiques renferment un certain nombre de faits dans lesquels ces divers moyens sont donnés comme avantageux, et comme ayant procuré la réduction de la hernie. Mais il faut prendre garde que les auteurs n'ont pas eu soin, dans la plupart de ces cas, de bien décrire les symptômes observés sur leurs malades; or il eût été important de le faire. Nous savons combien de degrés variables peut offrir l'étranglement, nous savons qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer s'il existe réellement. Il est donc possible que l'on ait eu affaire à des étranglements peu serrés, qui auraient été réduits aussi bien sans les moyens dont on parle, ou même à des cas dans lesquels il n'y avait pas du tout d'étranglement. D'ailleurs, puisque aujourd'hui la plupart de ces auteurs gardent le silence sur leur découverte devenue plus ou moins ancienne, il est vraisemblable qu'ils ont cessé d'en obtenir de bons résultats. » (Gosselin, *Annales de la chirurgie*, t. XIV, p. 298.)

Sans revenir sur ce que nous avons dit du taxis, nous rappellerons que, pour la hernie étranglée, il y en a trois sortes : le taxis *ordinaire*, le taxis *forcé* et le taxis *prolongé*. Nous avons décrit le premier ; le second ne s'en distingue que par l'énergie plus grande de la pression ; le troisième, faible d'abord, augmente de force par degré et se continue pendant plusieurs heures.

M. Gosselin donne l'appréciation suivante des moyens que nous venons d'exposer :

« Les hernies étranglées diffèrent à chaque instant; il n'y a pas un mode de traitement qui soit applicable à toutes. C'est au praticien à discerner lequel convient dans chaque fait particulier. Les ressources dont nous venons de parler ne seront donc pas mises en usage dans tous les cas; mais dans quels cas devront-elles et pourront-elles l'être? A cela je pourrais répondre que si l'étranglement est peu serré ou médiocrement serré, on pourra réussir par ces premiers moyens seuls, ou par le taxis seul, ou par tous les moyens réunis et sagement combinés; mais cette réponse n'empêcherait pas l'embarras, puisque les faits les plus nombreux sont ceux dans lesquels on ne peut pas déterminer rigoureusement à l'avance le degré de la constriction. Il y a, si l'on veut, deux degrés extrêmes : celui dans lequel la hernie est ancienne, volumineuse, et dans lequel les symptômes sont peu intenses ; il y a des vomissements, du hoquet, mais qui ne sont pas très souvent répétés; la douleur abdominale n'est pas très vive ; il y a suppression des selles, mais un lavement purgatif a procuré une garde-robe. Dans ce cas, qui est à peu près celui de l'engouement, on doit chercher à réduire; on prescrit une saignée, un bain, et l'on fait le taxis avec ménagement d'abord, et ensuite avec une certaine force. On ne doit pas craindre de le prolonger une demi-heure, ou d'y revenir à diverses reprises. L'autre degré extrême est celui d'une hernie qui s'est étranglée au moment de son apparition : la douleur augmente rapidement et gagne le ventre en quelques heures; les vomissements sont répétés, prennent le caractère stercoral. L'expérience a appris que dans ces circonstances, l'étranglement était très serré, et qu'il ne fallait pas compter sur la réduction sans un débridement. Il n'y a qu'un seul cas de ce genre dans lequel le taxis devrait être essayé sans crainte, c'est celui dans lequel on serait appelé pendant les deux ou trois premières heures. Alors il peut réussir, parce que l'étranglement n'est point encore aussi serré qu'il le deviendra un peu plus tard ; mais il est rare que le chirurgien soit appelé sitôt ; et s'il arrive au bout de douze ou quinze heures, il n'y a plus rien à espérer que par l'opération. Entre ces degrés extrêmes, nous avons une foule de nuances intermédiaires. Le chirurgien alors est entre ces deux alternatives : ou bien pratiquer le taxis, qui, si l'on parvient à faire la réduction, rendra peut-être un service immense, mais exposera à un épanchement stercoral dans le ventre; ou à une réduction en masse, et qui d'un autre côté, si l'on n'obtient pas la réduction, aura certainement pour résultat une contusion de hernie et une inflammation plus violente. Les inconvénients du taxis ont été signalés par les plus grands praticiens, Pott, Richter, Desault, etc., qui avaient d'ailleurs

fait cette remarque : l'opération de la hernie réussit d'autant mieux qu'elle est faite de meilleure heure. Ici tout me paraît dépendre encore de l'époque à laquelle le chirurgien est appelé. Supposons qu'il arrive dans les dix ou douze premières heures. Si la hernie ne s'est point étranglée brusquement; si la douleur, d'abord peu intense, a augmenté peu à peu; s'il n'y a rien encore du côté du ventre; si les vomissements n'ont pas pris l'odeur stercorale, il faut essayer le taxis et plusieurs des moyens adjuvants. Craint-on de perdre du temps avec les sangsues, on fera d'abord une saignée, et encore, à moins que le malade ne soit jeune et vigoureux, elle n'est point absolument nécessaire. On prescrit ensuite un bain d'une heure, et, soit dans le bain même, soit à l'issue, on procède au taxis; j'aimerais cependant encore à essayer pendant cinq ou dix minutes la méthode d'O'Beirne. Le taxis doit être prolongé pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, une heure peut-être; si l'on n'est pas décidé à l'employer ainsi, mieux vaut l'abandonner dès que le taxis ordinaire, fait pendant quelques minutes, est démontré insuffisant. La douleur que détermine la pression ne doit pas arrêter le chirurgien : cette douleur est d'abord très vive, puis elle diminue; je l'ai constaté sur des malades auxquels j'ai fait moi-même le taxis forcé dans les circonstances signalées plus haut.

» Si l'on est appelé au bout de vingt ou de vingt-quatre heures, l'embarras est plus grand. A moins d'une marche très rapide des accidents, on peut encore essayer les bains, la saignée, les lavements de tabac et le moyen d'O'Beirne; on pourra faire encore le taxis, mais je n'oserais plus le pratiquer avec la même force et aussi longtemps. Si l'on est autorisé à l'essayer, c'est parce que, contre toutes les prévisions, il est possible que l'étranglement ne soit pas trop serré et qu'il se laisse vaincre après les premières tentatives. Je ne conseille pas de le prolonger aussi longtemps que tout à l'heure, car, si les premiers efforts ne suffisent pas, cela indique un étranglement serré : or un étranglement serré, à l'époque où je nous suppose arrivés, peut avoir donné lieu déjà à une gangrène ou à une perforation par ulcération, et alors la rentrée de l'intestin dans le ventre serait probablement suivie d'un épanchement. Si l'on n'est appelé qu'au bout de trente, trente-six, quarante-huit heures, le taxis devient de plus en plus dangereux; on peut y recourir encore, parce qu'à tout prendre l'étranglement n'est peut-être pas aussi serré que les symptômes le feraient croire, mais il ne doit pas être prolongé plus de cinq à dix minutes. Les chirurgiens qui ont appliqué le taxis continu dans ce cas n'ont pas dit tous les revers qu'ils avaient éprouvés. On doit tenir compte d'ailleurs du siége de la hernie, se rappeler surtout que l'étranglement est en général plus serré dans la mérocèle que dans le bubonocèle; tenir compte aussi du viscère déplacé : les résultats sont plus promptement fâcheux sur l'intestin que sur l'épiploon. Les hernies que l'on croit épiploïques sont les plus embarrassantes; car si l'épiploon est seul, on peut compter bien plus longtemps que dans les entérocèles sur l'efficacité du taxis et des moyens adjuvants; mais on doit bien se rappeler qu'une petite portion d'intestin est souvent étranglée avec épiploon, et que sans donner une gravité beaucoup plus grande aux symptômes de l'étranglement, cette circonstance peut cependant rendre le taxis dangereux; nous nous souvenons que la gangrène est en général plus rapide dans cette condition.

» Ai-je besoin de dire qu'il ne faut pas songer au taxis pour les hernies depuis longtemps irréductibles, et que pour celles-ci les premiers moyens deviennent seuls applicables dans les limites de temps imposées par l'espèce de hernie et la marche des accidents? Ai-je besoin de dire aussi que, dans le cas où la tumeur offre les caractères d'une terminaison par gangrène, l'emploi du taxis deviendrait une imprudence coupable? » (L. Gosselin, *Annales de la chirurgie*, t. XIV, p. 300.)

Opération de la hernie étranglée. — Cette opération consiste à agrandir avec l'instrument tranchant, à débrider l'ouverture herniaire. Elle se compose de trois temps :

Premier temps. — Le malade placé dans le décubitus dorsal, le chirurgien se met à sa droite; un pli perpendiculaire au grand axe de la tumeur est fait à la peau, et l'opérateur, à l'aide d'un bistouri convexe,

divise ce pli jusqu'à sa base ; ou bien, sans pli préalable à la peau, on incise cette membrane avec précaution. Quelquefois les couches sous-cutanées sont lamellées, le tissu cellulaire paraissant condensé en feuillets aponévrotiques anormaux : il ne faut pas se laisser égarer par cette disposition ; dans d'autres cas, ce sont des kystes séreux ou des pelotons adipeux qui font croire que l'on a pénétré dans le sac herniaire. Mais en examinant le kyste ouvert, on s'assure qu'il ne contenait que de la sérosité, et que la paroi postérieure est soulevée par le sac. S'agit-il d'une masse graisseuse, on reconnaît que ce n'est pas l'épiploon, à l'impossibilité de circonscrire la tumeur en tous sens, et à l'absence d'un pédicule serré dirigé du côté du ventre. Il ne faut cependant pas oublier l'erreur de Tartra et d'autres analogues. Il est prudent de diviser les couches sous-cutanées sur la sonde cannelée.

Deuxième temps. — Arrivé sur le sac, on le saisit avec une pince, et l'on porte sur ses parois le bistouri en dédolant. Ces précautions sont indispensables pour éviter d'ouvrir l'intestin lorsqu'il y a peu ou point de sérosité dans le sac. Si la pince glisse, on la remplace par le ténaculum. Une fois le sac ouvert, on engage une sonde cannelée dans cette ouverture, et l'on divise la membrane. Il peut arriver qu'on croie être parvenu dans le sac et l'avoir ouvert quand il n'en est rien ; on recommence alors la manœuvre jusqu'à ce que cette poche soit réellement ouverte ; ce que l'on reconnaît après l'incision du dernier feuillet membraneux, à l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent. Si ce liquide manque, et que l'on soit arrivé dans une cavité lisse, plus ou moins large, dans laquelle le doigt peut circonscrire de toutes parts, ou au moins dans une grande étendue, les parties contenues, et dans laquelle le doigt constate un point rétréci, au niveau duquel les organes sont serrés, on a également la certitude d'être dans le sac. Il est important d'ouvrir le sac largement par en haut ou par en bas ; on achève cette section à l'aide du bistouri et de la sonde cannelée, ou plus commodément avec les ciseaux.

Alors on examine l'organe hernié : l'épiploon est rouge, violacé, tuméfié ; ses veines sont turgides ; on reconnaît l'intestin à sa couleur brune plus ou moins foncée. S'il est affaissé, emphysémateux, froid, ou même déjà perforé, on ne passe pas au troisième temps, car cet organe est gangrené ; s'il est tendu, rénitent, chaud, on procède au débridement.

Troisième temps. — C'est là le point capital de l'opération ; le reste n'était que des préliminaires. On sentira toute la délicatesse de ce débridement, en considérant que le cercle qu'il s'agit d'inciser est recouvert à l'extérieur par le viscère, et en dedans surtout par le viscère, qu'il est si essentiel de respecter. Pour faciliter la manœuvre, Sanson conseille de tendre les bords du sac en les écartant ; prescription que M. Blandin exécute avec deux pinces à torsion qu'il confie à des aides.

Pour débrider, on passe ordinairement entre les viscères et le sac un bistouri dont la forme est singulièrement variée. Sans parler du bistouri caché de Bienaise et du bistouri à lime de J.-L. Petit, qui sont abandonnés, il faut citer le bistouri boutonné ordinaire (Dupuytren, Sanson, etc.), le bistouri droit conduit sur une sonde cannelée (Scarpa). On doit souvent s'en tenir à cet instrument.

« Mais mettez-vous en présence d'une hernie crurale chez un sujet ayant de l'embonpoint, elle se trouve au fond d'une gouttière profonde ; il est impossible de suivre de l'œil la marche du bistouri : il faut alors un tout autre conducteur que le doigt, pour peu que l'anse intestinale soit considérable. Ma spatule est ici d'une grande utilité ; elle est faite sur le modèle de celles qu'on trouve dans toutes les trousses. Ainsi, je n'augmente pas le nombre des instruments ; seulement elle est droite et en argent. La feuille de myrte, au lieu de présenter un dos élevé et une espèce d'arête, présente au contraire, sur la ligne médiane, une rainure et un peu d'enfoncement ; car les deux moitiés de cet instrument sont formées par deux plans qui s'inclinent vers la rainure. La spatule est aussi mince que possible, et ses bords ne sont nullement tranchants. Au lieu d'un bistouri boutonné, je me sers d'un bistouri coupé carrément à son extrémité. Le bout de la spatule est d'abord passé entre la partie herniée et l'anneau

qui l'étrangle. La face qui porte la cannelure est tournée en haut ou regarde le point qu'on veut débrider ; sur cette face, le bistouri est glissé à plat, de manière que son tranchant ne peut nullement agir. La spatule et le bistouri ne font alors qu'un instrument ; ainsi réunis, ils peuvent s'insinuer dans l'espace le plus étroit que puisse laisser un étranglement. Enfin, on fait tourner le bistouri sur son axe, de manière à relever le tranchant, qui agit sur l'anneau autant en raclant qu'en incisant. Je vois avec plaisir que ce système a été goûté par beaucoup de praticiens ; et aujourd'hui la spatule cannelée remplace dans beaucoup de trousses la spatule ordinaire. Ceux qui l'ont comparée à la sonde de Méry ne connaissent ni cette sonde ni ma spatule, ou se trompent sur leur manière d'agir. Il est certain que la spatule protége les intestins mieux que les ailes de la sonde de Méry. Cette dernière se termine comme une sonde cannelée ; elle est de beaucoup plus épaisse que le bout de ma spatule, et elle ne protége pas les intestins précisément là où ils devraient surtout être protégés, c'est-à-dire au sortir de l'anneau qui les étrangle. » (Vidal, *Traité de pathologie externe*, 2e édition, t. IV, p. 408 et suivantes.)

Le bistouri de Pott est concave sur son tranchant et terminé par un bouton ; celui d'A. Cooper est également falciforme, mais tranchant seulement dans l'étendue de 15 ou 16 millimètres, et terminé par un bouton ovalaire de 5 ou 6 millimètres de largeur ; le bistouri de M. Gerdy est droit, large de 5 ou 6 millimètres à son extrémité, terminé par une languette aplatie, longue de 3 millimètres, et soudée à angle droit avec la lame.

On préfère, en général, un bistouri boutonné quelconque, qui dispense de l'emploi de la sonde cannelée. Avec un bistouri boutonné, droit, courbe ou anguleux, le doigt indicateur de la main gauche porté en supination ou en pronation, suivant qu'on se propose de débrider en dehors ou en dedans, et suivant qu'il s'agit du côté gauche ou du côté droit, on introduit ce doigt le plus haut possible, de telle sorte que l'ongle se place entre l'anneau et le viscère, et que la face dorsale du doigt protégeant et refoulant ce dernier, la pulpe serve de conducteur à l'instrument. Alors on porte le bistouri à plat le long du doigt, et on l'engage à une profondeur variable, suivant l'instrument et surtout suivant la longueur du bouton ; puis on tourne le tranchant vers la partie qui doit être le siége du débridement, qu'on opère en faisant agir les deux mains de concert, l'indicateur gauche appuyé sur le dos de la lame. Un bruit particulier annonce que les parties cèdent. On donne habituellement de 10 à 12 millimètres d'étendue au débridement. On débride en général du côté opposé aux vaisseaux les plus importants.

Si l'on reconnaît que le débridement est insuffisant, on reporte de la même manière l'instrument sur le même point, pour agrandir la première incision.

C'était là la règle commune. Scarpa enseigna qu'on se mettrait plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie dans certains cas où ce danger était particulièrement à craindre ; il enseigna qu'on pouvait, au lieu d'une incision d'une grande étendue, faire plusieurs petites incisions sur le pourtour de l'anneau et du collet. C'est là ce que M. Vidal, de Cassis, a érigé en méthode sous le nom de *débridement multiple*.

Voici comment cet auteur s'exprime à ce sujet :

« On atteindra le but sans jamais s'exposer à cet accident (l'hémorrhagie), si, au lieu de faire une seule incision à l'ouverture herniaire, on y pratique trois, quatre, ou un plus grand nombre de débridements de 2 ou 3 millimètres. A plus forte raison devra-t-on avoir recours à ce mode de débridement dans des cas où des adhérences existant entre le collet du sac et les viscères obligeront de débrider sur des points de l'ouverture abdominale qui se trouvent ordinairement en rapport avec des vaisseaux de quelque importance. Dès 1828, j'ai érigé en méthode le débridement multiple. Voici l'historique et la description de cette méthode :

» Mes premiers essais datent de 1825, quand j'étais interne à Marseille. Ceux qui savent quelles étaient les ressources littéraires qu'on possédait alors à l'école de médecine de cette ville, et l'érudition qu'on pouvait y puiser, sauront apprécier ce qu'on

a dit de ma connaissance des auteurs allemands et italiens. Quand j'ai fait les premières recherches sur le débridement, le désir peu national de m'enlever une découverte pour la faire passer à l'étranger m'a fait accorder des talents dans les langues étrangères que j'étais loin de me soupçonner. Il est d'ailleurs arrivé pour le *débridement multiple* ce qui arrive toujours pour des découvertes utiles. Il est des hommes de bonne foi et d'un grand mérite qui l'ont adopté et qui ont eu la générosité d'en faire honneur à qui de droit; il en est qui s'en sont servis en citant le nom de la méthode et en taisant celui de l'auteur; d'autres l'ont employé silencieusement; il en est enfin (mais ceux-là sont rares) qui ne l'ont pas adopté ou qui l'ont dédaigné; tout cela est parfaitement conforme aux habitudes humaines.

» A ceux qui voudraient discuter la question de priorité, je conseillerai la lecture de mon mémoire dans la *Gazette médicale*, et je les mettrai fort à leur aise en leur disant ici que j'ai la conviction qu'on a fait des débridements multiples avant moi; mais je leur demanderai de me dire si, avant moi, il existait une loi en chirurgie qui portât ce nom. On saura que cette loi ne règle pas seulement l'opération de la hernie: elle se reproduira pour la taille, j'en ai parlé pour le débridement des plaies d'armes à feu, et il en sera encore question pour le débridement du col de la matrice, etc. D'ailleurs voici l'exposé de mes principes, tel qu'il a été rédigé à l'origine du débridement multiple.

» Si l'on veut voir le génie des chirurgiens en défaut, on n'a qu'à examiner toutes les méthodes, tous les procédés inventés pour dilater, agrandir les ouvertures qui livrèrent passage aux hernies. Leblanc veut atteindre ce but en introduisant un instrument déjà assez volumineux, et cela dans un canal rempli par un organe étranglé; il augmente l'étranglement, il dilacère l'intestin sans agrandir les ouvertures aponévrotiques. De tous côtés on crie au danger de l'innovation; Louis accable le chirurgien d'Orléans de raisonnements, de faits et de personnalités. Leblanc répond par des injures, et il dilate toujours. Pour la hernie inguinale, Rudtorffer, ne voulant pas débrider directement en haut, porte le tranchant du bistouri en dedans et en haut. Mais on prouve que l'artère épigastrique est portée en dedans du collet du sac, et que ce procédé expose à l'hémorrhagie. On le proscrit et l'on prend une voie tout opposée; on débride en haut et en dehors. Vient Hesselbach, qui prouve que ce débridement est excessivement dangereux, dans le cas de hernie directe, c'est-à-dire quand le collet du sac se trouve au côté interne de l'artère épigastrique; et comme il n'est pas possible de prévoir cette disposition, Scarpa et Dupuytren ordonnent de toujours débrider directement en haut, selon la direction de la ligne blanche. D'ailleurs Autenrieth avait déjà présenté cette doctrine dans une dissertation remarquable, publiée en 1799. On verra bientôt que ce procédé a un inconvénient.

» Cependant, quelle sera la direction à donner au débridement? Voilà où je voulais en venir. Pour parvenir à la solution la plus juste de cette question, interrogez tous les auteurs que j'ai cités; demandez-leur compte de leurs succès, de leurs revers. Vous remarquerez que presque tous ont un procédé différent, et cependant tous vous répondront par des arguments, par des faits, que celui qu'ils adoptent est le meilleur, le plus sûr, et que les autres sont dangereux. Mais examinez par vous-même, si vous le pouvez; voyez mettre à exécution ces diverses modifications opératoires; il en résultera pour vous cette grande vérité, que toutes sont bonnes, mais jusqu'à un certain point; c'est-à-dire que le débridement, de quelque côté qu'on le porte, s'il est peu considérable, n'atteindra pas les artères qui entourent les ouvertures par lesquelles les viscères de l'abdomen s'échappent.

» L'artère épigastrique, qu'elle soit en dedans ou en dehors du sac herniaire, sera toujours à une distance telle de l'anneau inguinal, qu'un léger débridement sera possible, dans le sens même où elle se trouve. Cette artère, par une anomalie qui n'est pas sans exemple, donne l'artère obturatrice à une grande hauteur; cette branche peut passer au-dessus de l'*anneau*. Cependant vous pourrez toujours débrider directement en haut selon la mé-

thode d'Autenrieth, suivie par Dupuytren et Scarpa ; mais vous ne pourrez pas prolonger ce débridement sans danger. Il en est de même pour la hernie crurale : en dehors, l'artère épigastrique ; en haut, le cordon testiculaire ; en dedans, l'artère obturatrice, quand elle naît de l'épigastrique : voilà des écueils à éviter, et qui vous feront échouer, quel que soit le procédé de votre choix, si vous vous bornez à une incision et si vous la prolongez.

» Maintenant, comme il est constant que dans certains cas l'élargissement des anneaux aponévrotiques doit être assez considérable pour faire rentrer des hernies volumineuses, sans trop malaxer les organes déplacés, on doit en venir à une méthode qui se présente naturellement à l'esprit du lecteur. Cette méthode n'est qu'une combinaison de tous les procédés de débridement. Percy a dit que l'ouverture fibreuse qui étrangle des organes échappés de leur cavité ressemble à celle d'un sac avec l'ourlet. Eh bien, supposez qu'on vous ordonne de faire entrer dans ce sac des corps qui sont trop volumineux pour son ouverture, vous serez naturellement porté à faire une incision à l'ourlet. Mais si l'on vous oblige de ne pas dépasser cette bordure, et de produire un élargissement considérable, quel parti prendrez-vous? Vous ferez d'autres incisions dans d'autres sens, et vous ferez entrer et sortir du sac des corps qui n'étaient pas en rapport avec son orifice avant les coupures. Un simple ouvrier sait cela ; nous, chirurgiens, nous devons le savoir aussi ; mais nous l'oublions quand nous sommes auprès du malade. Pourquoi? Parce que nous ne voyons jamais qu'une seule voie, et parfois précisément celle qui nous perd.

» Ainsi, débridons en dehors, en dedans, en haut ; faisons en même temps comme Desault, Rudtorffer, et comme Autenrieth, mais n'allons pas aussi loin qu'eux. Touchons tous les points du cercle, mais n'en sortons pas. J'ai vu, dans un grand hôpital de la capitale, faire l'opération de la hernie en présence d'un chirurgien étranger d'une grande réputation, et en présence d'une foule d'élèves. L'opérateur découvre les organes herniés (la hernie était inguinale et volumineuse). Ce temps de l'opération fut exécuté avec une prestesse et une habileté qui ravirent même l'illustre étranger. Mais il fallait débrider (j'ai dit que la hernie était volumineuse) ; l'incision fut dirigée en haut et un peu en dehors. Ce premier coup de bistouri ne suffisait pas ; la réduction des parties ne put s'exécuter : le pourtour de l'anneau inguinal bridait encore l'intestin ; on en vint à un nouveau débridement, et on le fit *dans le même sens*, toujours en haut et un peu en dehors. Le malade mourut, et l'on trouva dans la cavité du péritoine une grande quantité de sang liquide et en caillots. L'étranger demanda la pièce pathologique : elle se composait d'une partie de la région inguinale et d'une partie des organes qui formaient la hernie. L'opérateur, comme toujours, fut généreux : il fit très bien préparer la pièce, et la fit parvenir au domicile de son confrère, qui probablement montra plus tard aux chirurgiens de son pays ce que nous n'avons pu voir, c'est-à-dire la lésion de l'artère épigastrique. Je pourrais multiplier les exemples de cette nature ; je pourrais donner deux observations recueillies dans les salles de la Charité. Dans les deux cas dont je veux parler, c'est Boyer qui opéra. Mais ce praticien reconnut sur le coup l'accident, et il arrêta les hémorrhagies par un tamponnement forcé. Chose remarquable, il ne se déclara aucun symptôme de péritonite générale. Les deux malades sont sortis de l'hôpital en parfaite santé. On pourrait être moins heureux que Boyer et ses malades, après un pareil accident, et c'est dans le plus grand nombre des cas. Aussi, qu'on ne dise pas que les craintes de la lésion des artères sont chimériques.

» Si des adhérences anciennes confondent entièrement l'intestin et l'intérieur du collet du sac, il est impossible de glisser l'instrument conducteur ou le bouton du bistouri entre ces parties ; c'est alors que Arnaud conseillait d'inciser l'intestin au-dessous de l'étranglement, et de débrider par l'intérieur de cet organe. En procédant ainsi, on ne pourrait pas opérer un grand débridement sans s'exposer à dépasser les limites des adhérences de l'organe avec le col du sac, et à voir les matières contenues dans l'intestin s'épancher

dans le ventre. Le débridement multiple s'appliquerait bien à ce cas, comme l'a dit Sanson; mais avant d'en venir à ce débridement par l'intérieur de l'intestin, il faudrait s'assurer si l'on ne pourrait pas lever l'étranglement par la section des brides fibreuses extérieures au collet du sac, et si l'on ne parvenait pas à lever ainsi l'étranglement, chercher à inciser le collet lui-même de dehors en dedans jusqu'à l'intestin, après l'avoir bien mis à découvert. » (Vidal, *Traité de pathologie externe et de méd. opérat.*, t. IV, p. 412.)

Simple ou multiple, le débridement étant opéré dans des limites suffisantes, on ne réduit pas de suite; mais on examine le viscère hernié en l'attirant à soi, surtout l'intestin, pour bien s'assurer si le point où a porté l'étranglement n'est le siége ni de gangrène, ni d'ulcération; si, en un mot, il peut être réduit sans laisser la crainte d'un épanchement stercoral. Il y a une foule d'exemples où la mort a été la conséquence de l'omission de ce précepte. Dès que, par cet examen, on s'est convaincu que la réduction était possible, on y procède. Une fois qu'elle est faite, on engage le doigt jusque dans le ventre, afin de constater que l'organe est complétement rentré, et qu'il ne reste pas d'étranglement au-dessus du point où a porté le débridement.

Dans le cas où l'intestin est évidemment le siége de la gangrène, au lieu de le réduire, on l'incise largement. Cela fait, faut-il débrider? Mais alors on pourra couper au-dessus des adhérences salutaires. D'un autre côté, si l'on ne débride pas, l'étranglement persistera peut-être. La prudence veut qu'on s'abstienne d'abord, et qu'on mette une sonde dans le bout supérieur pour faciliter l'évacuation des matières stercorales. Mais il s'en faut qu'il soit toujours aisé de distinguer le bout supérieur; l'issue des gaz et des matières montre qu'elle y a pénétré; mais si après plusieurs tentatives rien ne s'écoule, on laisse la sonde à demeure et l'on attend. Rien ne s'est-il encore échappé au bout de plusieurs heures, on renouvelle les tentatives; et dans le cas où elles restent sans résultat, c'est que la sonde ne peut pénétrer que dans le bout inférieur, parce que l'étranglement est encore trop serré, ou bien la sonde est trop étroite, ou les matières trop consistantes. On se décide alors à un nouveau débridement; mais au lieu de passer l'instrument tranchant entre l'intestin et l'anneau, il vaut mieux, pour ne pas s'exposer à couper au-dessus des adhérences, il est plus prudent d'introduire le bistouri dans la cavité même de l'intestin, et de couper à la fois cet intestin et le pourtour de l'anneau. Cette méthode appartient à Arnaud, qui avait le tort de l'appliquer aux cas dans lesquels il y avait simplement adhérence de l'intestin au collet du sac.

Si l'épiploon est gangrené ou suppuré, quelle conduite tenir? Avant tout ne pas réduire, dans la crainte que le contact de cet organe supposé en gangrène n'amenât une péritonite. On peut hésiter entre trois partis dont chacun a ses partisans : laisser l'épiploon dans la plaie, le lier ou l'exciser. Le séjour dans la plaie peut occasionner une inflammation violente; la ligature entraîne le même danger, comme l'ont démontré Pott et Pipelet. L'excision est donc préférable, et c'est aujourd'hui la méthode généralement adoptée. On a pu craindre que la section de l'épiploon ne fût suivie d'hémorrhagie; mais c'est un accident facile à prévenir, en faisant, à l'exemple de Pelletan et Boyer, la ligature des artères à mesure qu'elles sont ouvertes; on déploie autant que possible la membrane avant de la couper, et l'on procède lentement à cette excision. Pott et Scarpa ont voulu se mettre en garde contre l'hémorrhagie par un autre procédé : en coupant dans la partie morte. La portion d'escarre laissée dans la plaie, expose encore à l'inflammation. C'est cependant le seul parti à prendre dans le cas où la gangrène remonterait au-dessus de l'anneau.

Lorsque des ligatures ont été pratiquées, on ne réduit pas complétement; mais on retient l'épiploon dans l'ouverture, afin que les fils ne puissent pas irriter le péritoine.

Difficultés et accidents pendant l'opération. — Nous avons donné, d'après les auteurs, les *signes de la gangrène* de l'intestin; mais s'ils sont faciles à décrire, ils sont loin de l'être également à reconnaître. Dans le cas où il y a doute, on ne réduit pas; on se borne à débrider et à laisser l'intestin dans la plaie.

Les *adhérences* peuvent aussi être l'objet de très graves difficultés. Récentes, on les détruit aisément avec le doigt ; anciennes et solides, leur destruction expose à la lésion du viscère. Quelquefois l'intestin est réellement confondu avec le sac, et s'il ne reste pas des intervalles libres, remplis de sérosité, qui puissent guider l'instrument, on ne peut songer à détruire toutes les adhérences avec le bistouri ; il est impossible d'arriver à la racine de la tumeur, et de débrider par la méthode ordinaire. Dans ce cas, on est réduit à suivre celle d'Arnaud. Mais si les adhérences n'existent qu'au niveau de l'anneau, on débride de dehors en dedans, avec précaution, et fibrille par fibrille, suivant le procédé de B. Bell, et on laisse ensuite l'intestin dans la plaie. Les cas d'adhérences ainsi limitées sont peu fréquents.

Si l'épiploon était adhérent au pourtour de l'anneau et que l'intestin fût libre, on réduirait ce dernier, et on laisserait le premier à l'extérieur, après l'avoir excisé, s'il était trop long. Mais, lorsque l'épiploon adhère en même temps à l'intestin et au sac, on laisse le tout au dehors.

L'épiploon adhérent dans toute son étendue au sac doit également être laissé à l'extérieur. Dans ce cas, comme dans celui où la perte de sa souplesse naturelle empêche de le déplisser pour s'assurer de la présence d'une anse intestinale, on est obligé de le diviser pour arriver aux parties profondes. Heureusement que cette lésion est peu dangereuse.

Lorsque l'épiploon est le siége d'une induration suspecte, comme squirrheuse, ou de kystes, on excise la partie altérée et l'on réduit, à moins que la complication d'adhérence n'oblige à laisser l'organe dans la plaie.

Les accidents *immédiats* de l'opération sont la blessure de l'intestin et l'hémorrhagie. Nous avons vu que la lésion de l'intestin est inévitable, s'il est confondu par des adhérences anciennes avec le sac ; mais il arrive qu'on l'intéresse ainsi, bien qu'il n'y ait pas d'adhérences, et cela dans deux temps de l'opération, en ouvrant le sac ou en débridant.

On peut blesser l'intestin en ouvrant le sac lorsque la hernie est sèche : pour éviter cette lésion, il faut redoubler de précaution et écarter les tissus avec une pince ou un ténaculum.

En débridant on peut ouvrir l'intestin au niveau même de l'anneau ou un peu au-dessus. Lorsque cet accident arrive, si l'ouverture est petite, on se contente de laisser l'intestin dans la plaie, et au besoin on passe un fil dans le mésentère pour retenir l'anse au dehors. Si l'ouverture est grande, on fait la suture intestinale.

L'hémorrhagie est rare ; mais enfin les artères épigastrique et obturatrice anormales ont quelquefois été blessées. La ligature est difficile ; si elle était impraticable, on tamponnerait, à l'exemple de Boyer.

Variétés de l'opération. — Le mot *étranglement* n'implique pas toujours celui de débridement, comme on pourrait le croire au premier abord. Lorsque l'étranglement est dû à une torsion de l'intestin sur lui-même, ou à un enroulement de l'épiploon autour de l'intestin, il est évident qu'il n'y a qu'à rétablir ces organes dans leur situation normale. Là le débridement serait absurde ; il est presque facultatif dans un étranglement peu serré ; le sac ouvert, le taxis pratiqué immédiatement peut suffire pour amener la réduction.

Parfois l'étranglement est si serré qu'il est impossible d'engager aucun instrument entre le viscère et le collet du sac. C'est alors le cas d'appliquer le procédé de Benjamin Bell, et de débrider de dehors en dedans ; ou bien encore on divise l'aponévrose au-dessus de l'étranglement, on glisse une sonde cannelée de haut en bas entre l'anneau et le collet, et l'on débride ainsi l'anneau sans crainte. S'il devient évident que le collet étrangle, on est moins gêné pour le débrider.

Lorsqu'on s'aperçoit que l'anneau fibreux est libre, et que le collet du sac est l'agent exclusif de l'étranglement, on laisse l'anneau intact ; en tendant le sac on amène à soi la racine de la tumeur, et l'on débride avec les ciseaux. Ce n'est que par exception que l'on peut tenir cette conduite ; lorsqu'il y a étranglement réel par le collet, on est souvent obligé de diviser en même temps et le collet et l'anneau, parce que ces parties sont étroitement rapprochées ou même confondues.

J.-L. Petit débridait souvent sans ouvrir le sac. A. Key, M. Bonnet de Lyon, etc., suivent aussi cette méthode. Il est manifeste qu'elle n'est applicable qu'au cas où l'anneau est l'organe unique de l'étranglement. Elle offre l'avantage de faire disparaître une des causes de l'inflammation du péritoine, l'ouverture de cette membrane. Mais il est tellement essentiel de s'assurer de l'état de l'intestin avant de le réduire, et sa perforation s'établit quelquefois si rapidement, que les chirugiens préfèrent, en général, ouvrir le sac.

M. Malgaigne a imaginé une méthode qui consiste à inciser, non sur le sac et le corps de la hernie, mais sur le lieu même où paraît siéger l'étranglement, en prolongeant l'incision au-dessus et au-dessous; on coupe ensuite avec précaution le tissu fibreux, et au besoin le collet du sac, des parties superficielles aux parties profondes. Si l'étranglement paraît trop serré, on ouvre un peu le péritoine au-dessus ou au-dessous, et l'on passe une sonde cannelée. L'avantage de cette modification proposée par M. Malgaigne, c'est de permettre de faire voir ce que l'on fait au niveau de l'étranglement, et de lier plus aisément les vaisseaux ouverts; mais elle n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience.

Si l'on est appelé à une époque où la gangrène est arrivée jusqu'à la peau, l'opération se réduit à de larges incisions dans le but de favoriser l'issue des matières fécales et des escarres.

Les cas les plus embarrassants sont incontestablement ceux de réduction du sac contenant l'intestin avec persistance de l'étranglement. Ces cas comprennent plusieurs variétés :

1° *Réduction spontanée.* -- On trouve, dans les *Leçons* de Dupuytren, le fait d'une hernie crurale qui, après avoir résisté au taxis, se réduisit en masse spontanément. Les accidents persistant, le chirurgien alla chercher dans le ventre le sac herniaire réduit, et pratiqua le débridement; il faudrait imiter cette conduite.

2° *Réduction par le taxis.* — On sait que le premier exemple appartient à Ledran. Arnaud, Lafaye, Leblanc, Dupuytren (*Leçons orales*, t. III, p. 553) et Sanson, ont observé des cas analogues.

Existe-t-il des signes à l'aide desquels on puisse reconnaître cet accident?

« Je le crois. Parmi ces signes il en est de commémoratifs et d'actuels. Les signes commémoratifs sont : la largeur de l'anneau; la mobilité de la hernie qui en est la conséquence, la réduction en masse qui en est le résultat, la persistance des accidents sans aucune rémission; mais ces signes n'ont pas toujours été observés avec soin : il faut alors avoir recours aux signes actuels. Ceux-ci sont : une douleur fixe et circonscrite dans la région du ventre, derrière l'ouverture par laquelle la hernie s'est faite et par laquelle elle est rentrée; une tumeur plus ou moins sensible dans cette région, lorsque les parois du ventre peuvent être déprimées; une résistance plus ou moins grande qu'on sent quelquefois à l'anneau, soit en introduisant le doigt dans cette ouverture, soit en faisant tousser le malade; l'effort que fait cette tumeur pour sortir en dilatant le canal, et quelquefois en soulevant la peau qui le revêt, comme si une hernie s'y engageait et était près de le franchir. Mais ce qui est plus caractéristique encore, c'est la persistance et surtout la nature des vomissements : de faibles vomituritions ne suffiraient pas pour établir l'existence d'un étranglement interne; il faut pour cela de larges et copieux vomissements. Leur nature est surtout importante : des vomissements muqueux ou bilieux indiqueraient tout aussi bien une irritation ou une inflammation, une gastrite ou une entérite, qu'un étranglement : mais des vomissements d'une bouillie d'un jaune doré, ayant l'odeur des matières stercorales, et formée par ces matières délayées, ne sauraient laisser aucun doute sur l'existence d'un étranglement interne; et lorsque ce signe se joint aux précédents, on doit admettre que la hernie est rentrée en masse, et étranglée en dedans, comme elle l'était en dehors. Il est rare qu'on ne rencontre pas un plus ou moins grand nombre de ces signes. Alors on doit agir sous peine de voir périr le malade, car la nature ne déploie pas toujours des ressources assez grandes pour le sauver. Dans quelques cas, il m'a suffi des signes commémoratifs et des vomissements de bouillie stercorale pour opérer. » (Dupuytren, *ibid.*, p. 551.)

Une sous-variété très curieuse, qui se rapproche de la précédente, et en est comme le diminutif, a été observée par M. Laugier. Ce n'est plus une réduction spontanée du sac et des organes herniés, mais un *arrachement du collet*, qui, séparé du corps du sac par les efforts du taxis, a été refoulé dans le ventre en conservant ses rapports primitifs avec l'intestin hernié. Les accidents continuèrent après la réduction de la tumeur, et la mort eut lieu.

« A l'ouverture du ventre, dans la région hypogastrique, l'intestin incarcéré d'abord dans la tunique vaginale, constituant une anse intestinale d'environ un pied de long, fut trouvé étranglé par une bandelette circulaire, aplatie, de 3 à 5 millimètres de longueur, et qui, dans aucun point, n'était adhérente à l'intestin qu'elle étreignait. Mais ce qui dut frapper davantage l'attention des assistants, ce fut de rencontrer à l'orifice du canal inguinal une espèce de portion de doigt de gant tronquée au sommet, offrant en ce point un bord légèrement frangé dont la coupe résultait évidemment d'une déchirure circulaire. Ce pli était adhérent, par sa base, au pourtour de l'orifice supérieur du canal inguinal, et en le réduisant, il fut facile de remarquer qu'il venait du péritoine abdominal voisin de l'anneau, qui avait été entraîné par l'intestin. » (Laugier, *Bulletin chirurgical*, t. I, p. 363.)

3° *Réduction en masse à la suite d'une opération incomplète.* — En opérant une hernie étranglée, le chirurgien peut, ainsi que nous l'avons vu, croire à tort avoir ouvert le sac, et prendre ce sac pour l'intestin. Par suite de cette méprise, le sac a été isolé des parties voisines, et réduit après le débridement de l'anneau. Tel est le cas de Saviart.

En opérant une hernie crurale à l'hôpital Saint-Antoine, M. Denonvilliers découvrit une tumeur qu'il prit pour l'intestin; il l'isola, débrida et la réduisit sans difficulté. Quelques doutes étaient restés dans l'esprit de l'opérateur sur le fait de l'ouverture réelle du sac; cependant on procéda au pansement. Mais les accidents persistèrent. Le chirurgien essaya, à l'aide d'une pince, de saisir le sac et de le ramener à l'extérieur; il y parvint aisément et put pratiquer le débridement sur le collet du sac. C'était deux jours après la première opération. (Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. V, p. 373.)

Il y a une autre espèce de déplacement du sac, si rare qu'il n'en existe encore qu'un seul exemple: c'est son renversement. Le chirurgien, M. Ch. Fournier, (*Annales de chirurgie*, t. V), crut avoir découvert l'intestin quand il n'était encore arrivé que sur le sac. Il isola le sac de toutes parts, débrida l'anneau et réduisit. Le sac fut renversé du côté du ventre, où l'intestin resta aussi. Mais comme il y avait un commencement de gangrène, la mort survint promptement à la suite d'un épanchement stercoral.

Pansement et soins après l'opération. — Le pansement est très simple: une compresse cératée, de la charpie et un bandage compressif qui s'oppose à l'issue nouvelle des viscères. Plusieurs chirurgiens conseillent la réunion immédiate, méthode peu suivie, même lorsque de l'épiploon ou de l'intestin non gangrené reste nécessairement dans la plaie. En effet, la suppuration est à peu près inévitable, et c'est s'exposer à l'accroître que de passer des points de suture dans les lèvres de la plaie.

Dans le but de rétablir le plus promptement possible le cours des selles, on a recours à un purgatif donné par la bouche ou en lavement; après l'étranglement, l'intestin se trouve, par suite de l'inflammation plus ou moins prononcée du péritoine, dans une sorte de torpeur qu'il est important de dissiper.

Enfin on doit s'occuper à prévenir ou à combattre les accidents inflammatoires, et surtout la péritonite, par des moyens qui, n'ayant rien de spécial ici, ne doivent pas nous arrêter davantage; il suffit de les mentionner.

Accidents consécutifs, et résultats de la herniotomie. — Il peut arriver que, malgré les purgatifs, les selles ne se rétablissent pas; le hoquet, le vomissement, et tous les autres symptômes de l'étranglement persistent. Cet accident peut être la conséquence d'une oblitération plus ou moins complète de l'intestin ou de la présence d'un corps étranger; ce qui pourtant est bien rare, et c'est à peine si l'on en connaît un exemple (Denonvilliers,

Bulletin de l'Académie de médecine, t. VIII, p. 1037) : c'était comme une cerise sans noyau : la nature du corps étranger ne put être nettement reconnue. D'autres fois, il y a une paralysie insurmontable du tube digestif.

On a vu, au bout de quelques jours, au moment où le malade semblait toucher à la guérison, se déclarer tout à coup des coliques violentes, des vomissements, l'altération caractéristique des traits, et tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Cet accident est généralement la conséquence de la chute d'une escarre, et plus souvent encore de la rupture d'une adhérence : aussi Ledran a-t-il prescrit avec raison le repos et la tranquillité aux opérés. On sentira l'importance de ce précepte en songeant au cas suivant. Un étudiant en médecine avait été opéré par le professeur Velpeau ; vingt-cinq jours après, quand tout pouvait faire croire à une guérison assurée, ce jeune homme céda, pour la fêter, à une tentation dangereuse. Les pressions exercées sur les viscères abdominaux déterminèrent la rupture d'adhérences salutaires, et il se fit un épanchement mortel.

Un autre accident, c'est l'inflammation de l'épiploon. M. Goyrand a fait sur ce sujet un travail intéressant (*Gazette médicale*, t. IV, p. 315). M. Vidal, en s'appuyant principalement sur les recherches de M. Goyrand, a consacré à cette épiploïte un excellent article que nous ne pouvons que reproduire :

« Cette inflammation affecte les couches celluleuses qui séparent les feuillets séreux de l'épiploon ; elle diffère essentiellement de l'épiploïte membraneuse, qui n'est qu'une variété de la péritonite. Cependant les feuillets séreux de l'épiploon ne restent pas entièrement étrangers au mouvement fluxionnaire du tissu cellulaire adipeux qu'ils recouvrent ; ils subissent, ainsi que les parties du péritoine qui leur sont contiguës, le degré d'inflammation qui fait adhérer entre eux les feuillets séreux. L'épiploon phlegmoneux contracte des adhérences avec la paroi du ventre et les intestins qu'il recouvre.

» Le phlegmon épiploïque a une étendue variable, et se déclare dans des circonstances diverses. Il peut n'être qu'une continuation du travail morbifique qui a commencé sous l'influence de l'étranglement ; il peut être la suite des pressions que l'épiploon a subies par le taxis ou par la réduction, après le débridement. D'autres fois, l'irritation à laquelle est soumise une partie de l'épiploon laissée dehors dans l'opération se propage à la portion de ce repli péritonéal qui est resté dans le ventre ; enfin tous les chiens auxquels Louis et Pipelet lièrent l'épiploon, eurent un abcès dans cet organe immédiatement au-dessus de la ligature.

» Le phlegmon épiploïque forme une tumeur bien circonscrite qu'on reconnaît à travers la paroi du ventre, et donne à la percussion médiate un son mat, s'il est dans la fosse iliaque, et, s'il a son siége dans la partie de l'épiploon qui recouvre le paquet intestinal, un son d'autant plus obscur que l'épiploon enflammé a plus d'épaisseur. Il est peu douloureux, même à la pression. Les dérangements fonctionnels qui l'accompagnent n'ont rien de caractéristique, et résultent seulement de la compression de l'intestin sur la tumeur, et de la gêne qu'éprouve cet organe dans ses contractions, par suite des adhérences qui l'unissent à l'épiploon : tels sont la constipation, quelques flatuosités, quelques coliques, un léger ballonnement qui rend plus distincts les signes fournis par la percussion.

» La marche de l'épiploïte phlegmoneuse est ordinairement peu rapide, à moins qu'elle ne se développe sous l'influence d'une violente irritation locale, telle qu'un étranglement persistant, une forte contusion ou des déchirures.

» La résolution s'y fait lentement, de la circonférence au centre ; la suppuration paraît être le mode de terminaison le plus ordinaire de cette inflammation. Si l'épiploon enflammé est dans un sac herniaire, l'abcès qui s'y forme diffère peu d'un dépôt sous-cutané ; s'il est derrière l'ouverture abdominale débridée, la suppuration pourra se faire jour par la plaie ; s'il est situé plus profondément dans le ventre et sans communication avec l'extérieur, il est en rapport en arrière avec les intestins auxquels il adhère, ainsi qu'à la paroi abdominale. Dans ce cas, si le foyer purulent qui se forme dans l'épiploon est vaste,

on pourra y reconnaître la fluctuation. S'il est peu étendu, et que la paroi abdominale soit très épaisse, ce signe manquera, et il pourra être fort difficile de diagnostiquer l'abcès. M. Goyrand l'a reconnu, dans un cas, à la matité complète qui survient sur le point occupé par le foyer, point qui jusqu'alors avait laissé reconnaître par la percussion le creux des intestins situés au-dessous.

» L'abcès formé, la terminaison la plus heureuse serait, sans doute, son ouverture du côté de la peau; mais c'est aussi peut-être la plus rare. Arnaud a vu une mort prompte suivre la rupture de cet abcès dans la cavité du péritoine, chez une femme qui avait été opérée trente-neuf jours avant, et qu'on croyait guérie. (*Gaz. méd.*, année 1841, t. XII, p. 305.)

» On voit, d'après ce que j'ai déjà dit sur les différents modes de terminaison de l'épiploïte phlegmoneuse, combien cette maladie est grave. Comment doit-on la prévenir, comment la guérir? On la préviendra en éloignant de l'épiploon toute cause d'irritation. Ne replacez pas dans le ventre une portion d'épiploon gravement contuse ou enflammée. En réduisant l'épiploon, ménagez-le, ne le froissez pas. S'il est fortement contus, enflammé, dégénéré, gangrené, largement adhérent, excisez-le sans jamais le lier, et réduisez la portion saine. Si vous croyez devoir le laisser en totalité ou en partie dans le sac, faites un pansement doux, n'exercez pas sur cet organe une compression toujours irritante; rapprochez les bords de l'incision de manière à le recouvrir, s'il n'est pas gangrené.

» Quand le phlegmon épiploïque existe, le traitement antiphlogistique est seul indiqué: la saignée générale pourra trouver ici son application; mais comme cette inflammation n'est souvent accompagnée d'aucun phénomène fébrile, les applications réitérées de sangsues seront plus souvent indiquées. Ces moyens seront aidés de l'usage des cataplasmes émollients, des fomentations; le malade sera soumis à un régime léger; plus tard on pourra hâter la résolution par l'usage des fondants, des légers purgatifs, tels que le calomel à l'intérieur, les frictions sur la tumeur avec l'onguent mercuriel, les pommades iodurées. Pendant toute la durée de la maladie, le malade évitera avec soin les grands mouvements qui pourraient avoir pour résultat le tiraillement de l'épiploon et la destruction des adhérences encore faibles qui unissent ce repli du péritoine aux parties voisines.

» Si un abcès se forme, le repos le plus complet sera nécessaire: c'est le jour où la malade d'Arnaud fit sa première sortie, que son abcès s'ouvrit dans le péritoine. Si la collection devient évidente, on donnera issue au pus par l'incision de la paroi abdominale. » (A. Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 439.)

L'accident auquel succombent le plus grand nombre des malades, c'est la péritonite causée par l'étranglement lui-même. On opère trop tard, au moment où cette inflammation est déjà au-dessus des ressources de l'art. D'un autre côté, pratiquer une opération qui ouvre le péritoine avant d'avoir suffisamment essayé le taxis, tel est aussi le danger en face duquel le chirurgien se trouve placé. Il y a là un moyen terme qui est une question de sagacité et d'expérience, et dont en conséquence il est impossible de fixer les règles pour chaque cas particulier.

Accidents tardifs. — Ce sont, après la guérison de la plaie, des troubles des fonctions digestives, tels que mauvais état de digestions, difficulté des garde-robes, coliques, vomissements, désordres fonctionnels qui reparaissent ou s'aggravent de temps en temps, et enfin, au bout de plusieurs mois, le malade est enlevé par une péritonite chronique ou suraiguë. Le rétrécissement produit dans l'anse étranglée a persisté, en s'entourant d'un anneau insurmontable de fausses membranes, anneau plus ou moins serré. De là les troubles digestifs d'abord, puis une entérite ou une péritonite chronique, ou bien même une perforation par ulcération.

A. Bérard a vu ainsi périr d'une perforation l'un de ses malades trois mois après l'opération. (*Journal des connaissances méd.-chirurg.*, 1835, 1836.) Une femme, opérée par M. Nélaton, éprouve pendant quatre mois des troubles analogues dans les fonctions digestives, et revient à l'hôpital mourir d'une péritonite. A l'autopsie on trouva un rétrécissement.

(Guignard, *Bulletin de la Société anatomique*, 1842.)

Anus contre nature. — Un des accidents les plus graves de la hernie étranglée, c'est *l'anus contre nature*, déplorable infirmité qui fait du malade un objet de dégoût pour les autres et pour lui-même, et qui trop souvent encore le conduit au tombeau.

Lorsque l'intestin se perfore dans le sac herniaire, et que la totalité ou une partie des matières fécales ou alimentaires sont excrétées par cette ouverture, elle prend le nom d'anus contre nature. Etudions-en d'abord les altérations anatomiques.

Caractères anatomiques. — En général, quand l'intestin se gangrène et se perfore dans la hernie étranglée, des adhérences plus ou moins solides l'attachent au col du sac; le mésentère en se rétractant attire à lui ce col; des fausses membranes, le tissu cellulaire ambiant concourent avec le péritoine pariétal à former une poche qui ouvre l'intestin: c'est cette poche à laquelle Scarpa a donné le nom d'*entonnoir membraneux.*

En général aussi, l'intestin en s'engageant dans la hernie a formé un coude; la paroi antérieure ou convexe de ce coude étant perforée, sa paroi postérieure ou concave présente un *éperon* résultant de l'adossement à elle-même de la paroi coudée. C'est l'anus anormal présentant ces deux conditions, *entonnoir membraneux* et *éperon*, que nous allons examiner.

Cet anus accidentel se compose d'un orifice d'excrétion qui termine à l'extérieur l'entonnoir membraneux; de l'entonnoir étendu de cet orifice à la perforation intestinale; des deux bouts de l'intestin abouchés à ce conduit, et adossés par leur côté mésentérique de manière à former un angle saillant en avant dans l'entonnoir; enfin, de cet ongle ou éperon.

L'*orifice* présente, comme ceux des fistules anciennes, des bords arrondis, froncés, rouges, indurés ou même calleux, humectés de mucosités plus ou moins mélangées de produits d'excrétion spéciale du tube digestif; enfin un bourrelet muqueux plus ou moins saillant borde l'ouverture cutanée.

L'*entonnoir*, qui prolonge en dedans cet orifice, est loin d'avoir toujours les mêmes dimensions: borné quelquefois à une longueur de 2 centimètres, et d'une largeur qui lui permet à peine de recevoir le doigt, souvent il a 3 centimètres et plus de longueur, surtout quand l'anus contre nature est ancien, que l'intestin est profondément situé, et que l'escarre l'a ouvert dans la moitié de sa circonférence.

« Sa longueur, dit Dupuytren, sa direction, sa forme et ses dimensions varient à l'infini, et ont l'influence la plus grande sur la guérison de l'anus contre nature. Plus cet entonnoir a de longueur et de capacité, plus, en général, la nature a de tendance à guérir cette infirmité, ou à seconder l'art dans les efforts qu'il fera vers ce but. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. IV, p. 5, 2e édit.)

Le trajet de cet entonnoir est souvent direct, lorsque les bouts de l'intestin divisé sont très voisins de la peau. Dans le cas contraire, dans les hernies inguinales principalement, ce conduit membraneux a offert plusieurs fois une direction oblique et même sinueuse.

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, cette cavité est plus ordinairement constituée par le sac herniaire, dans le cas, bien entendu, où la gangrène n'a compris qu'une partie de ce prolongement péritonéal; c'est ce que Scarpa a cherché à établir. Mais quand la mortification a détruit le sac, l'infundibulum est formé d'une membrane adventive, sans traces de follicules ni de villosités, humectée d'un liquide onctueux. Au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, il n'est plus possible de distinguer nettement ce qui appartient au péritoine et ce qui n'est qu'une organisation nouvelle. La fausse membrane adhère fortement à l'orifice des parois abdominales.

Au fond de l'entonnoir, s'ouvre l'anse intestinale. Très adhérent à la partie profonde ou à la base de l'entonnoir par le contour de la perforation, l'intestin offre, comme nous l'avons vu, deux portions coudées l'une sur l'autre à son côté mésentérique. Le bout supérieur est dilaté, surtout immédiatement au-dessus de l'éperon; ses parois sont hypertrophiées à un degré proportionné à la saillie de l'éperon et à la difficulté de l'excrétion fécale. Cette portion stomacale du tube digestif

n'a pas d'ailleurs notablement changé de rapport dans la cavité du ventre.

Le bout inférieur est atrophié : calibre et paroi, tout a diminué, à un degré d'autant plus prononcé, que l'anus anormal est plus ancien et que l'excrétion fécale rencontre moins de difficulté, et se fait plus complétement par l'anus anormal. Cependant son calibre ne s'efface que rarement. C'est ainsi que Desault l'a trouvé parfaitement perméable deux ans après la formation de l'anus contre nature ; il n'était pas oblitéré au bout de dix ans dans un cas consigné dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

L'éperon, formé par la paroi mésentérique de l'intestin à l'endroit où il se coude, rappelle ceux qui divisent les bosselures de la cavité du côlon, ou encore la valvule de Bauhin. Cet éperon, en demi-lune, n'est qu'un pli de la paroi intestinale. Les deux faces se continuent avec le canal digestif, et ses extrémités se perdent insensiblement sur la base de l'infundibulum. Le sommet de cette espèce de valvule accidentelle est d'autant plus saillant que le calibre de l'intestin est plus diminué, ou plutôt c'est le contraire qu'il faut dire : c'est le degré de saillie de cette valvule qui détermine le rétrécissement intestinal. Sa base offre vers le mésentère un sinus dont l'étendue est variable. Les deux lames dont se compose l'éperon sont ordinairement libres et parfois adhérentes sur quelques points quand les bouts de l'intestin sont adossés dans une certaine longueur ; lorsque l'adossement est considérable, la plupart du temps elles adhèrent l'une à l'autre.

Le *mésentère* offre des plis qui se dirigent de l'infundibulum vers le rachis : ils sont très prononcés lorsque la perte de substance de l'intestin est grande et que les matières digestives s'échappent en entier par l'anus accidentel. Ces plis, que Dupuytren appelle des cordes, sont alors doublés du tissu cellulaire ou cellulo-fibreux, induré.

Toutes ces dispositions comptent bien des variétés qu'il est important de connaître. Ainsi, l'anus anormal peut avoir plusieurs orifices à la peau, comme M. Velpeau en a rapporté un exemple (*Médec. opérat.*, t. IV, p. 153, 2e édit.). L'épiploon contribue quelquefois à la formation de l'entonnoir. Les bords de la perforation intestinale sont souvent moins adhérents à la racine du sac que ne le pensait Scarpa (Velpeau). Les bords de la perforation intestinale, loin d'être toujours arrondis, sont assez fréquemment sinueux, frangés de manière à constituer, sous l'influence de l'inflammation, un cul-de-poule très compliqué. (Delpech, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 80.)

Il n'est pas rare que le bout supérieur, au lieu d'offrir au-dessus une disposition régulière, affecte dans le canal herniaire, et quelquefois derrière, des flexuosités plus ou moins adhérentes entre elles et aux parties voisines. Delpech a vu le bout inférieur s'élever au-dessus du bout supérieur autour duquel il se contournait. L'adossement des deux bouts de l'intestin, au lieu de se faire par le bord mésentérique, s'effectue quelquefois par le côté (Velpeau). Cet adossement peut se prolonger dans une étendue considérable. J.-L. Petit a noté un cas où les deux portions intestinales étaient accolées à la manière de deux canons d'un fusil double, et engagées à travers les parois abdominales où elles étaient adhérentes; de sorte qu'il y avait un éperon fort long et pas d'entonnoir. Cette disposition se rencontre lorsque les enveloppes de la hernie ont été largement gangrenées, lorsque les bouts de l'intestin adhèrent immédiatement aux parois abdominales. C'est ce que l'on trouve dans les anus contre nature de l'ombilic, dont le plus souvent les hernies n'ont pas d'entonnoir membraneux (Velpeau).

« Un autre genre de lésion se caractérise principalement par l'*absence d'éperon*, avec ou sans entonnoir membraneux, dans les cas où la perforation intestinale adhère directement, non au sac, mais aux parois du ventre. L'*ouverture* de ce genre d'anus contre nature est souvent fort étroite, et se trouve communément en raison directe de la perte de substance subie par l'anse intestinale qui vient s'y déverser. Cette disposition se rencontre encore bien des fois dans les cas où la lésion pathologique que nous décrivons est près de sa curation spontanée ou est déterminée par une blessure (Albinus), ou à l'aide des moyens chirurgicaux. Toute-

fois, en certains cas, l'orifice anormal a un centimètre de rayon ou même davantage. Cela a lieu quand les parois abdominales sont fortement lésées, que la perforation a compris une grande partie du calibre de l'intestin, qui n'affecte pas cependant une notable déviation dans son axe. Cette largeur d'ouverture se présente enfin dans les anus artificiels, où l'on a fixé à la peau la plaie faite au canal alimentaire.

» L'ouverture anormale se rend ordinairement, sans l'intermédiaire de l'*entonnoir membraneux*, dans la cavité de l'intestin, quand celui-ci a conservé presque tout son calibre; cependant, en certaines hernies directes, dont une partie du sac est demeurée à travers l'ouverture abdominale, et lorsque l'art est parvenu à détruire l'éperon, il reste encore un infundibulum plus ou moins étroit, comme les observations de Dupuytren, de M. Lallemand, de plusieurs autres opérateurs le montrent. On rencontre un semblable entonnoir, sans éperon notable ou bien saillant, dans les cas où la curation, même avec fistule à l'extérieur, s'est faite spontanément. Telle était la disposition des parties que nous avons pu examiner sur le cadavre d'une vieille femme à Lyon; cet état anatomique mérite d'être bien noté.

» Fixé aussi solidement à l'anus de ce genre que dans celui décrit précédemment, le tube intestinal présente communément peu de déviation dans son axe. En quelque sorte tangent au plan sur lequel il vient s'ouvrir, l'intestin offre cependant des différences dans son bout supérieur et dans son bout inférieur, mais bien moins prononcées que lorsque l'éperon est parfait. Ces différences organiques sont à peine notables si l'absence de valvule remonte à l'époque de la formation de l'anus accidentel, parce qu'alors les fèces ont assez promptement circulé d'une manière complète au-dessus de l'anus anormal. Mais quand l'excrétion contre nature s'est prolongée plusieurs mois ou plusieurs années, les modifications organiques du bout supérieur se conservent en partie. Disons, enfin, que ce genre d'anus accidentel est susceptible de plusieurs des variétés signalées précédemment. » (Alquié, *Des anus contre nature*, p. 28, *Thèse de concours*, Paris, 1848.)

Jusqu'ici nous avons eu principalement en vue les anus accidentels de l'aine, mais il nous reste peu de chose à ajouter aux particularités de ceux de l'ombilic et des divers points de la paroi du ventre. Pour ceux qui s'ouvrent dans un viscère communiquant à l'extérieur, nous devons dire que l'iléon s'ouvre quelquefois à la face supérieure du vagin, près du col utérin, par une perforation étroite qui se continue avec le bout supérieur sans interrompre le cours des matières fécales (Roux).

L'iléon se trouvait contre le rectum dans le cas où Casamayor fit communiquer ce dernier organe avec l'anus accidentel iléo-vaginal qui livrait passage à la totalité des matières. (*Journal hebdomadaire de médecine*, Paris, 1829, t. IV, p. 163.)

Tel est, en général, l'état des anus contre nature; examinons le mécanisme de leur guérison, ou les efforts de l'organisme qui tendent vers ce but salutaire. Avant les beaux travaux de Scarpa, on pensait que les bouts de l'intestin se rapprochaient de manière à mettre en contact les bords de la solution de continuité que cet organe a éprouvée. Scarpa a montré que le mésentère, tiraillé entre son attache au rachis et la base de l'éperon, se densifie et devient le siége d'une rétraction lente. Cette corde, dans son raccourcissement progressif, attire vers la cavité du ventre la base de l'éperon. Tantôt cette valvule se dédouble en quelque sorte, de façon que son angle saillant s'efface; tantôt, mais bien plus rarement, le promontoire, comme on appelle encore l'éperon, est attiré presque en entier vers le rachis. Dupuytren a même remarqué (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1828, t. I, p. 268) la rétraction de la corde mésentérique après la guérison de l'anus accidentel.

Par l'effet de cette rétraction graduelle, les deux portions de l'intestin s'éloignent de plus en plus des parois pour s'enfoncer dans la cavité du ventre; en même temps, l'angle qu'elles forment tend à s'effacer, et l'anse à reprendre sa situation dans l'axe général du tube digestif. Au niveau de l'éperon, l'intestin communique avec l'entonnoir, qui reçoit les matières au moment où elles contournent le promontoire, une partie de ces matières reprenant de plus en plus leur cours par le bout inférieur,

tandis que l'autre partie s'échappe encore par l'anus contre nature. A mesure que ce cours normal se rétablit, l'ouverture accidentelle se rétrécit et devient fistuleuse, le tube intestinal se confond avec l'entonnoir membraneux, ainsi que l'ont noté Scarpa, Dupuytren et M. Lallemand. La réparation de la perforation intestinale se fait ainsi aux dépens de l'entonnoir

En même temps que l'éperon est attiré vers le rachis, cet entonnoir s'allonge, s'étire de manière à se rétrécir de plus en plus dans sa portion cutanée, et à réparer par l'élargissement de sa base la perte de substance que l'intestin a éprouvée. Cette diminution de la portion extérieure de l'entonnoir continue encore longtemps après la guérison de l'anus contre nature, et tandis que la fistule stercorale ne fournit pas même de suintement. Cette espèce de prolongement se transforme à la longue en un cordon de plus en plus imperméable, et qui, en s'effilant, rend l'anse intestinale à l'état flottant.

Dans un cas observé par Dupuytren (*Mém. de l'Acad. de méd*, t. 1, p. 269), « l'amincissement de la partie moyenne de ce cordon autorisait à conjecturer que sa rupture n'aurait pas tardé à faire disparaître jusqu'à la dernière trace des désordres qui avaient précédé, amené et suivi la formation de l'anus accidentel. »

Le cours des matières peut s'établir par un autre mécanisme. Teillaye, de Rouen, rapporte le cas d'un homme affecté d'anus contre nature, chez lequel, sans cause apparente, les fèces passèrent tout à coup par le fondement. Une ulcération avait perforé la base de l'éperon. Ce fait paraît encore unique.

Le mécanisme indiqué d'abord est la règle, et les variétés anatomo-pathologiques ne lui impriment, en général, que de légères modifications.

Que l'orifice soit simple ou multiple, que l'entonnoir soit uniquement constitué par le sac péritonéal ou de fausses membranes, ou composé de ces deux parties simultanément, les efforts médicateurs restent essentiellement les mêmes. Dans le cas cependant où l'entonnoir est entièrement ou partiellement formé d'épiploon, la guérison paraît contrariée. Dans un fait de M. Velpeau (*Méd. opér.*, t. IV, p. 158), l'entonnoir n'avait aucune tendance à se laisser entraîner du côté du ventre.

Toutefois, à la faveur des adhérences établies entre l'épiploon, les restes du sac, les parois abdominales et l'intestin d'une part, et de l'autre sous l'influence de la rétraction de la corde mésentérique, la guérison a lieu par les mêmes changements que dans les cas ordinaires : c'est ce que Scarpa a démontré, en s'appuyant sur des observations analogues à celle de M Cayol, et sur les expériences sur les chiens.

L'illustre chirurgien de Pavie avait regardé comme au-dessus des ressources de l'organisme l'anus accidentel; mais ainsi que l'établit M. Laugier (*Dict.* en 30 vol., t. III, p. 251), des observations de S. Cooper, Percy, Larrey, montrent que Scarpa s'était trop défié ici de la puissance de la nature. Des adhérences plastiques entre l'anse perforée et les anses voisines, et les parois abdominales contribuent à la guérison.

M. Alquié résume ainsi les caractères anatomiques de l'anus consécutif aux hernies en le comparant à l'anus anormal congénital :

« La constitution anatomique des anus accidentels diffère de celle des précédents en ce que l'orifice plus saillant présente le caractère d'un travail inflammatoire, souvent un conduit ou entonnoir au niveau de la perforation intestinale et un éperon, par l'adossement plus ou moins étendu des deux bouts du tube alimentaire fixé près de l'orifice contre nature. La portion supérieure de l'intestin est alors dilatée et hypertrophiée; l'inférieure est rétrécie et amoindrie. Le mésentère contribue, avec l'infundibulum, à tendre l'intestin où le niveau de l'anus accidentel manque d'éperon et d'entonnoir membraneux; le tube alimentaire a peu perdu alors de sa circonférence, qui est presque toujours comme simplement adossée aux parois de l'orifice anormal. Au milieu de ces deux genres pathologiques, on remarque deux espèces principales : dans l'une, l'anus accidentel ne possède pas d'infundibulum, quoique ayant un éperon; dans la seconde, cette valvule paraît peu ou manque tout à fait. On rencontre des variétés nombreuses touchant surtout les rapports des deux portions intestinales avec les organes voisins. Enfin, au milieu des changements orga-

niques éprouvés par les différentes parties des anus accidentels, on reconnaît plusieurs modes de curation spontanée qui prouvent que la nature, ici comme en la plupart des maladies, ne s'astreint pas à un mécanisme identique pour arriver à ses fins. » (Alquié, *Des anus contre nature*, p. 38, *Thèse de concours*.)

Symptômes de l'anus accidentel. — Situé dans une région herniaire, l'orifice anormal présente des bords indurés, inégaux, saillants, très rouges, pourvus d'une muqueuse adventive qui se continue irrégulièrement avec la peau froncée d'alentour. Comme cet anus n'est plus en général placé sur l'intestin lui-même, il forme ordinairement l'orifice d'un canal de prolongement du tube digestif dévié. Cette ouverture a des dimensions qui varient depuis 3 centimètres jusqu'au diamètre d'une simple fistule. Le pourtour de l'orifice est engorgé, érythémateux, offrant parfois des cicatrices irrégulières.

Ce qui forme surtout le caractère distinctif de cette ouverture anormale, ce sont les matières intestinales auxquelles il donne issue. Ces matières se reconnaissent aisément : ce sont des substances liquides ou demi-liquides, de couleur jaunâtre, mêlées de gaz, de bile, de mucus et de parties imparfaitement digérées. D'ailleurs, l'espèce d'aliments, la durée de leur séjour dans le tube digestif, influent sur la nature de ces matières.

Dupuytren ayant tracé de main de maître le tableau de cette infirmité, nous lui emprunterons sa description :

« Dans l'état ordinaire, l'intestin libre et flottant, quoique attaché au mésentère, décrit dans le ventre une suite de courbes uniformes que les aliments parcourent sans difficulté et sans efforts : un anus accidentel vient-il à s'établir, cette suite de courbes, si favorable au cours des matières alimentaires, est aussitôt altérée. Une anse d'intestin s'allonge, se porte vers quelque point entr'ouvert des parois de l'abdomen; elle prend la forme d'un triangle dont la base est au mésentère et dont les côtés sont mesurés, l'un par le bout stomacal, l'autre par le bout anal de l'intestin. On voit déjà, et l'on observe tous les jours, dans les hernies les plus simples, ce que la direction anguleuse, substituée à la courbe régulière et uniforme de l'intestin, apporte d'embarras dans la circulation des matières alimentaires et stercorales.

» Sa mobilité, cette autre condition du canal intestinal, si nécessaire aux changements de situation, de volume, de formes et surtout aux mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, au moyen desquels les matières cheminent; cette mobilité fait bientôt place, dans une étendue plus ou moins considérable, à une fixité absolue que déterminent de nombreuses et de fortes adhérences. Cette fixité ne s'oppose pas seulement aux mouvements des intestins ; elle a un autre effet qui n'est pas moins remarquable : c'est que la partie d'intestin engagée à travers les parois de l'abdomen devient un point fixe sur lequel s'appuient les efforts du canal intestinal, et vers lequel ils portent et dirigent sans cesse les matières, d'où résulte une accélération réelle dans leur marche depuis l'estomac jusqu'à l'anus accidentel.

» Mais, ce qui est bien plus grave, l'espace parcouru par les aliments est diminué, la durée de leur séjour est abrégée, leur digestion reste incomplète, l'absorption se trouve réduite, la nutrition est altérée; enfin, l'évacuation des matières stercorales est soustraite à l'empire de la volonté, ainsi qu'on va le voir.

» Chaque animal a un canal alimentaire, dont la longueur est en rapport avec la nature des substances alimentaires dont il se nourrit, et chaque partie de ce canal exerce sur les aliments qui la traversent une action particulière et différente de celle qui la précède et de celle qui la suit ; d'où il résulte que l'anus accidentel, en diminuant la longueur de ce canal, en réduisant la somme des élaborations que les aliments y subissent, doit porter une atteinte plus ou moins profonde à la digestion. Or cette atteinte est d'autant plus grande que l'anus accidentel est plus rapproché de l'estomac, ou bien, en d'autres termes, que la longueur de la partie active de l'intestin se trouve plus raccourcie par lui.

» Il en est de même de la durée du séjour des aliments dans le canal alimentaire. Cette durée, proportionnée à la longueur de ce canal ainsi qu'à la nature des aliments, est toujours abrégée d'une plus ou

moins grande quantité par la maladie dont il s'agit.

» Ces altérations diverses dans les conditions et dans les fonctions du canal alimentaire ont un résultat commun. C'est que les aliments sont rejetés avant d'être complétement digérés, ou du moins avant d'avoir pu fournir les éléments de nutrition qu'ils contiennent. Aussi voit-on, dans les matières qui s'échappent par l'anus accidentel, un mélange hétérogène d'aliments complétement digérés, d'aliments qui ne le sont qu'à demi, et d'aliments qui ne le sont pas du tout.

» L'absorption du chyle n'est pas moins empêchée. Pour s'exercer avec avantage, cette fonction a besoin d'une large surface : aussi, dans l'état ordinaire, s'accomplit-elle, quoique à des degrés différents, sur toute la longueur et sur toute la surface intérieure des intestins ; cette surface si nécessaire, l'anus accidentel la réduit à celle de la partie du canal intestinal qui est comprise entre l'estomac et lui. Or, dans quelques cas, elle est tellement bornée, que les matières alimentaires sortent par l'anus contre nature, toutes chargées du chyme dont les vaisseaux absorbants n'ont pas eu le temps d'extraire le chyle.

» C'est encore avec regret que je passe sous silence une multitude de faits que l'observation attentive des anus accidentels a révélés sur la durée du séjour des aliments dans l'estomac et dans l'intestin grêle, sur la digestibilité plus ou moins grande de ces aliments, suivant qu'ils sont de nature animale ou végétale, suivant leurs qualités particulières, leur état de crudité ou de coction, de simplicité ou d'assaisonnement, etc. Tous ces faits curieux et importants pour la physiologie m'éloigneraient du but de ce mémoire vers lequel je dois me hâter.

» Du nombre et de la gravité des altérations survenues dans les fonctions des intestins et des absorbants dépendent celles qu'on observe dans la nutrition. Chez les uns, elle se soutient sans éprouver de diminution très notable ; chez les autres, elle s'altère rapidement suivant que l'anus contre nature se trouve plus ou moins éloigné ou rapproché de l'estomac. En est-il très rapproché, est-il établi très près de l'estomac, comme sur le commencement de l'intestin grêle, les forces diminuent, le corps maigrit et se dessèche, la peau prend un aspect terreux, et le malade meurt d'inanition au bout d'un terme plus ou moins court.

» Parlerai-je ici de l'écoulement involontaire des matières stercorales ? L'anus accidentel, établi au hasard sur des points très variés de l'abdomen, n'est et ne peut être environné d'aucun appareil de muscles capables d'en ouvrir et d'en fermer l'entrée au gré des besoins et de la volonté de l'individu. Cette entrée, toujours béante, est par conséquent toujours ouverte aux matières qui se présentent sans cesse. D'ailleurs cet appareil de muscles existât-il, les matières alimentaires et excrémentitielles, privées d'un réservoir où elles pussent se réunir, séjourner et se former, comme cela arrive dans le gros intestin, cet appareil, obligé d'obéir à des besoins que chaque instant voit se renouveler, ne serait pas d'un grand secours.

» De là résulte, pour les malades, une série nouvelle d'incommodités moins graves sans doute, mais plus vivement ressenties par eux que les atteintes portées à la nutrition. De là, en effet, l'écoulement continuel et involontaire de matières muqueuses, bilieuses, alimentaires ou stercorales, suivant les états de la digestion et la hauteur à laquelle l'anus accidentel se trouve. De là, l'odeur infecte du corps et des vêtements, les excoriations, les fissures, les érysipèles, les démangeaisons, le prurit insupportable, qui font de l'existence de ces malheureux un supplice de tous les moments.

» Ce supplice n'est que faiblement adouci par les lotions, les onctions et les autres soins de propreté. Ces réservoirs imaginés pour recevoir les matières ne sont qu'un palliatif bien insuffisant de ces incommodités, et la compression qui seule, en retenant les matières dans l'intestin, pourrait s'opposer à leur écoulement au dehors, donne souvent lieu à de graves accidents qui obligent à y renoncer : tels sont, en abrégé, les dispositions et les effets de l'anus accidentel. Leur comparaison attentive ne saurait laisser aucun doute sur les circonstances qui permettent à la nature de guérir cette maladie dans certains cas, et sur celles qui, dans d'au-

tres cas, la rendent rebelle aux efforts réunis de l'art et de la nature. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. IV, p. 11.)

Une partie des fèces peut sortir par l'anus normal; mais ordinairement elles sortent en entier par l'anus accidentel.

Une pareille infirmité suppose donc une irritation et une inflammation des parties voisines, de l'amaigrissement, des coliques, un état de malpropreté et de puanteur repoussantes; inconvénients qui sont quelquefois portés jusqu'au dégoût de la vie.

Complications. — Nous rapprochons ici les complications des symptômes, parce que les complications ne sont réellement, dans ce cas, qu'une variété de symptômes.

Les principales complications sont l'invagination d'un des bouts ou des deux bouts à la fois, leur étranglement, l'engorgement de l'entonnoir membraneux, l'épanchement de matières intestinales, l'inflammation des parties externes ou internes, la hernie.

Sous l'influence d'efforts ou d'une cause inconnue, le bout supérieur de l'intestin se renverse en dedans de lui-même, s'engage dans l'anus anormal, et fait saillie au-dehors. L'intestin renversé forme dans l'anus anormal une tumeur arrondie, rouge, parsemée d'espèces de tubercules qui ne sont que des follicules muqueux; cette tumeur est percée d'un trou central déprimé en cul-de-poule par où les matières s'échappent. La base de cette tumeur est entourée par l'ouverture accidentelle des parois abdominales dont les bords distendus sont recouverts d'une cicatrice mince. La saillie que forme au-dehors l'intestin invaginé a parfois quelques centimètres, comme chez un malade dont parle Louis; mais elle peut offrir plus de 20 centimètres, ainsi que Sabatier en rapporte des exemples. (*Mém. de l'Acad. de chir.*)

Un grand nombre de chirurgiens, à la tête desquels il faut citer Dupuytren, pensent que c'est le bout supérieur qui est le siége ordinaire de cette invagination; M. Cruveilhier est d'une opinion contraire. Ce qu'il y a de certain, c'est que les deux bouts peuvent se renverser, et on les a vus renversés tous deux à la fois.

Sabatier a cité un exemple remarquable de cette invagination. (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 600.)

L'invagination est quelquefois *irréductible*, surtout au bout inférieur. Les causes de cette irréductibilité résident principalement dans l'œdème des parties invaginées; dans le resserrement de l'anus accidentel sur l'intestin qui le traverse; enfin, dans les adhérences qui se sont établies entre les parties invaginées, ainsi que l'a observé M. Cruveilhier.

Le bout d'intestin invaginé, le supérieur comme l'inférieur, est susceptible d'*étranglement*. Soit que les parois intestinales s'engorgent et augmentent de volume, soit que l'orifice anormal se rétracte, les parties invaginées prennent une teinte violacée, brunâtre, gangréneuse; et en même temps se manifestent les symptômes ordinaires de l'étranglement des hernies, et la mort est quelquefois la terminaison de cet accident. La mortification peut se borner à la surface de l'intestin invaginé; mais le plus souvent l'anse entière tombe sphacélée.

Contre l'opinion de Boyer, les symptômes ordinaires de l'étranglement se montrent également dans le cas où c'est le bout inférieur qui est le siége de la constriction; et il n'y a là rien d'étonnant, puisque les mêmes phénomènes se produisent dans l'épiplocèle étranglée.

Il y a plus, c'est que le resserrement de l'orifice anormal peut déterminer les symptômes ordinaires de l'étranglement sans qu'il y ait invagination. La coarctation superficielle de cette ouverture s'opérant trop rapidement, avant que les matières aient suffisamment repris leur cours par le bout inférieur, ce rétrécissement qui s'oppose à l'évacuation du trop-plein par l'anus anormal, amène l'*engorgement de l'entonnoir membraneux.* D'autres causes peuvent favoriser ou même occasionner cet accident: ce sont l'endurcissement des matières, des noyaux de fruits ou des paquets de lombrics, etc.

Les symptômes de l'engorgement ne sont pas le seul ni même le plus grand danger de cette suspension ou de cet embarras de l'excrétion fécale dans l'entonnoir; la distension qui en est la conséquence peut produire la *rupture des adhérences* de l'intestin au sac, ou même la rupture du bout

supérieur lui-même. (Scarpa, *Traité des hernies*, trad. de M. Cayol, p. 292.)

Les corps étrangers constituent, sous un autre rapport, une véritable complication, en s'opposant à l'oblitération complète de l'ouverture accidentelle.

La déchirure des adhérences déjà notée par Dupuytren a été depuis observée par M. Velpeau. C'était chez un laboureur affecté d'un anus anormal déjà ancien; il était survenu, autour de cet orifice, un érysipèle intense pendant lequel le malade succomba. A l'autopsie, on trouva les deux bouts de l'intestin très peu adhérents au collet du sac, qui était lui-même fortement uni au canal inguinal. Cette dernière circonstance montre que les adhérences étaient d'abord très solides dans cet anus, puisque le sujet se livrait à des occupations très pénibles, et que la destruction de ces adhérences commença autour de la perforation intestinale, sous l'influence de l'inflammation. Cet effet de la phlogose est une raison de plus pour mettre tous ses soins à la découvrir et à la combattre.

La déchirure des adhérences, quelle qu'en soit la cause, qu'elle soit la conséquence de l'engorgement de l'entonnoir membraneux, ou de manœuvres chirurgicales, amène trop souvent l'*épanchement de matières* intestinales dans le péritoine et leur infiltration entre les différentes couches des parois abdominales. Dans le premier cas, le plus souvent, ces matières se répandent dans le péritoine et y déterminent une inflammation suraiguë promptement mortelle; quelquefois des pseudo-membranes circonscrivent l'épanchement et le transforment en un abcès stercoral, qui présente la marche et la terminaison de ces collections.

Lorsque les matières sont infiltrées sous la peau ou entre les diverses couches des parois de l'abdomen, cet accident s'annonce par une tuméfaction d'un rouge livide, parfois surmontée de phlyctènes noirâtres, d'abcès multiples d'où s'échappe un mélange de pus, de fèces et de lambeaux de tissu cellulaire grisâtre, fétide, mortifié, et qui laisse voir le tissu musculaire à nu. Ces clapiers s'étendent plus ou moins loin, et laissent quelquefois des fistules déprimées, à bords indurés, ou recouvertes de croûtes fréquemment renouvelées.

On peut trouver les *circonvolutions intestinales* interposées entre les deux bouts de l'intestin, ainsi que Delpech en rapporte une observation (*Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. III, p. 80). Travers parle de l'interposition de l'épiploon (*Injuries of the intest.*, 1821, p. 295). Cette interposition d'une anse intestinale ou de l'épiploon peut donner lieu à une *hernie* par l'orifice accidentel: c'était probablement le cas de ce soldat traité par Bouland, dont nous avons emprunté l'histoire à Sabatier. Le sujet vit, pendant un effort, une hernie du volume d'un œuf de poule se produire à côté du tubercule rouge et saillant par où s'échappaient les matières intestinales.

Diagnostic de l'anus accidentel. — C'est un point très bien exposé par M. Alquié; nous allons faire plusieurs emprunts à sa description.

« Le diagnostic de l'anus accidentel résulte de la connaissance des antécédents qui apprennent la formation de l'ouverture anormale par suite d'une blessure, d'une hernie étranglée ou d'un abcès stercoral. Le malade signale la sortie fréquente, à travers l'orifice pathologique, de gaz et de matières intestinales, alors qu'il s'en échappe peu ou point par le fondement. On peut même voir sur le linge du sujet, ou à l'anus anormal, des substances dont la couleur et l'odeur laissent peu de doute à ce sujet. Ajoutons à ces notions la forme arrondie, boursouflée, saillante, rouge et humide de l'ouverture accidentelle; son siége aux lieux où les hernies se développent et s'étranglent, ou bien à celui des viscères pelviens soumis à des violences ou à un travail pathologique, et l'on aura de suffisantes données pour discerner la lésion dont il s'agit.

» Toutefois, si l'ouverture est peu étendue, et n'a livré passage qu'à des liquides et en faible quantité; si même résultant d'un abcès, elle laisse échapper un fluide jaunâtre et sans odeur manifeste; enfin, si la défécation est à peu près régulière, il est bien possible de se méprendre à cet égard: tel fut l'état d'un jeune homme observé par M. Demarquay à l'Hôtel-Dieu de Paris, au mois de mars 1842. Ce fait fut

considéré comme une fistule lymphatique par Breschet; malgré les antécédents très significatifs, le cas parut assez douteux pour qu'on soumît le liquide échappé de l'orifice pathologique à l'examen microscopique de M. Mandl. L'observation attentive, et la sortie des aliments quelque temps après, firent reconnaître à M. Blandin un anus accidentel.

» L'issue d'un liquide abondant et jaunâtre est un caractère ordinaire aux anus accidentels parvenus à cet état de curation spontanée. En effet, un malade que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, le 9 janvier 1839, m'a fourni la note suivante que je transcris. La santé de cet homme est satisfaisante, à part les coliques et la constipation ordinaire, qui cesse par l'usage des lavements. A l'aine gauche, où se trouve l'anus anormal, on voit un pertuis d'une ligne environ de diamètre, à bords arrondis et saillants. *Un liquide jaunâtre et des gaz s'échappent quelquefois de cette espèce de cul-de-poule*, situé au-dessous de l'arcade crurale et au-dessus de l'artère fémorale. Les tissus environnants ne sont points durs; le trajet fistuleux se déplace facilement, etc.

» Si la curation est encore plus avancée, l'ouverture est très déprimée, à bords minces donnant issue à un fluide en partie mucilagineux et à un peu de mucus puriforme; ce pertuis se dirige dans le sens des indurations plus ou moins obliques, persistant dans l'épaisseur des parois abdominales : telles sont les remarques que nous venons de constater de nouveau chez la jeune malade de M. Guersant. Ici, en outre, des cicatrices très étendues en travers et déprimées se voient sur la région iliaque droite. Cette lésion étant déterminée, le diagnostic serait incomplet, si l'on ne discernait l'état des parties profondes. L'étude des caractères de l'ouverture anormale peut parfois montrer un ou deux bouts de l'intestin presque à la superficie. La longueur, la forme de l'*entonnoir*, l'existence ou l'absence d'*éperon*, peuvent être reconnues à l'aide du doigt, si l'ouverture cutanée ou viscérale est suffisante; d'une sonde, dans le cas contraire. Si l'orifice ne permet pas des recherches suffisantes à la connaissance ni au traitement à mettre en usage, il faut en opérer la dilatation à la faveur de sondes en caoutchouc; de l'éponge préparée, ou mieux d'un morceau de racine de gentiane. Alors le doigt auriculaire, si ce n'est l'index, parvient lentement au sein de l'entonnoir membraneux, s'assure de son insertion réguliere ou frangée à la perforation intestinale. Engagé dans ce dernier, il rencontre la valvule mince, mobile; au-dessus de celle-ci, un conduit large, tapissé de plis muqueux, et contenant souvent des matières alimentaires. Au-dessous de la valvule, qui tend à s'y appliquer, ce doigt explorateur découvre un enfoncement circulaire pourvu de replis peu mobiles; toutes circonstances dont je viens de m'assurer de nouveau, soit sur le malade de l'Hôtel-Dieu, soit sur des chiens, soit sur des cadavres où j'ai pratiqué divers anus anormaux.

» Une sonde parvient aisément dans le bout supérieur de l'intestin, mais moins aisément dans l'inférieur. On éprouve plus de difficulté pour faire pénétrer une sonde au sein de chacune des portions de l'intestin. En retournant les deux instruments comme pour saisir l'éperon, ils se touchent immédiatement, s'ils ne sont pas séparés par l'éperon. Dans le cas contraire, les deux sondes ne peuvent exécuter un demi-cercle sans faire éprouver une résistance sensible, et des tiraillements dangereux au malade. » (Alquié, *Des anus contre nature*, p. 65.)

De l'aveu de Dupuytren lui-même, ce point de diagnostic est des plus difficiles, tellement qu'il est arrivé à l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu de ne pouvoir trouver le bout inférieur. L'occlusion de ce bout par la cloison adhérente rendrait aussi toutes les investigations infructueuses. La sonde ne suffit pas à ce diagnostic; il faut que le doigt, pénétrant profondément, après une dilatation préalable de l'orifice anormal, s'assure directement si une des sondes ne s'est pas égarée dans quelque sinus, par suite de la perforation irrégulière de l'anse intestinale.

Si les recherches précédentes peuvent aussi faire reconnaître l'*absence de l'éperon*, il est plus sûr de faire confirmer ce premier renseignement par l'occlusion de l'anus anormal au moyen d'un bandage compressif, ainsi que le conseille le docteur

Veiel, de Kannstadt (*Archives*, 2e série, 1835, t. VII, p. 542).

Quelle est la *portion de l'intestin* qui est devenue le siége de l'anus accidentel? Les commémoratifs et l'endroit de la paroi abdominale dans lequel est placée l'ouverture anormale ne donnent que des indices incertains. L'aspect, la consistance et l'odeur des matières qui s'échappent par l'anus contre nature forment le principal signe pour décider si c'est l'intestin grêle ou le gros qui vient s'y ouvrir. Le doigt, en sentant l'absence ou la présence des valvules conniventes, peut juger la question. Quant à savoir s'il est possible de distinguer quelle est la partie de l'intestin grêle à laquelle on a affaire, il y a là une difficulté souvent insurmontable, car la nature des matières intestinales, variable comme l'état de la fonction digestive autant que selon la région du tube où se trouve l'aliment, ne peut dissiper le doute.

En passant au diagnostic des *complications* de l'anus contre nature, nous commencerons, suivant l'ordre adopté, par l'invagination. Lors même que les deux bouts sont renversés, on reconnaît aisément ce dont il s'agit. Les petites granulations décrites par Lecat sous le nom de *tubercules*, et qui ne sont que des follicules dont l'orifice est même apparent sur le gros intestin; les bandelettes du côlon, les valvules de l'intestin grêle, lèvent toute espèce d'incertitude.

L'*étranglement* se caractérise par une augmentation d'injection, de volume et de consistance de l'organe renversé; par son irréductibilité; par les douleurs, nausées, vomissements, hoquets, etc.; en un mot, par tous les symptômes ordinaires de l'étranglement.

L'*engorgement de l'entonnoir* se présente sous un aspect à peu près analogue; mais il n'y a point de tumeur intestinale au dehors. L'orifice anormal, resserré, tuméfié, irrité, laisse échapper peu ou point de fluide alimentaire. Derrière cet orifice on sent une tumeur résistante, qui s'est progressivement accrue, et qui a souvent précédé les symptômes de l'engouement.

C'est à la suite de cet accident, ou à la suite d'une violence extérieure, ou d'une inflammation vive, que survient la *rupture des adhérences;* il y a donc dans cet antécédent un renseignement significatif. L'augmentation de la douleur devenue brûlante, une excitation, un abattement alternatifs, affaissement des traits, irrégularité du pouls, sensibilité et tuméfaction du ventre aux environs de l'anus accidentel, et tous les signes de la péritonite: voilà ce qui révèle un *épanchement de matières*. Si les *matières* s'infiltrent, on reconnaît cet accident aux caractères que nous avons suffisamment décrits plus haut.

L'*interposition d'une anse intestinale* entre les bouts adossés contre l'anus accidentel peut être découverte à l'aide des sondes exploratrices, et du doigt porté dans les deux bouts de l'intestin, et qui tendront à se rapprocher pour apprécier ce qui se trouve dans leur intervalle, non seulement par l'écartement forcé dans lequel ils se trouveront maintenus, mais encore par les gargouillements et les coliques qu'ils feront naître.

Pronostic de l'anus contre nature. — « L'anus accidentel présente une portée non moins grande; l'issue involontaire et abondante des matières intestinales, leur élaboration et leur absorption toujours incomplètes, et parfois presque nulles, sont des conditions très fâcheuses pour la santé des individus, qui maigrissent et se dessèchent, comme l'un des opérés de Desault; ou même qui meurent d'inanition en fort peu de jours, suivant une observation de M. Vidal (*Pathologie externe*, t. V, p. 102). On comprend que sous ce rapport, le point du tube intestinal qui se déverse à l'orifice pathologique apporte des variétés nombreuses dans le pronostic.

» La cause et la nature de l'anus accidentel viennent modifier encore la gravité d'une telle lésion en rendant la guérison plus ou moins facile. La tendance médicatrice est, en effet, moins prononcée quand la perte de substance éprouvée par le tube alimentaire tient à un vice général de la constitution, selon la remarque du professeur Velpeau (*Médecine opérat.*, ibid., 166). Nous avons eu lieu de citer l'observation d'une jeune femme morte à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans un état adynamique profond, et sur le cadavre de la-

quelle nous découvrîmes de nombreux ulcères décolorés dans l'iléon qui communiquait à la région ombilicale avec un anus spontané par où s'était échappé le peu de matières qui parcouraient le tube digestif. Nous avons consigné ce fait, recueilli à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans un *Mémoire sur les abcès multiples*. En pareilles circonstances les anus accidentels offrent très peu de propension à l'occlusion : tel fut aussi le cas d'un étudiant en médecine qui, atteint d'un bubon, et par suite d'un ulcère syphilitique, sur une tumeur herniaire qu'il portait, vit celle-ci rongée, ouverte et transformée en un anus dont rien ne put déterminer l'occlusion complète.

» Néanmoins, la plupart des malades conservent ou reprennent une santé satisfaisante peu de temps après la formation d'un anus accidentel ; ils sont toujours exposés aux diverses complications dont nous avons parlé précédemment : la rupture des adhérences (Dupuytren), celle du bout supérieur (Scarpa), l'invagination, la gangrène, l'engorgement de l'entonnoir, le rétrécissement de l'intestin réuni, etc. Un dernier accident que nous voulions signaler ici, c'est la persistance opiniâtre des fistules stercorales et les *rechutes*. Un des malades de Desault vit se reproduire l'ouverture large de l'anus accidentel et l'issue d'abondantes fèces ; celui de M. Lallemand subit le même accident ; je l'ai observé chez l'infirmier de Saint-Eloi ; enfin il est signalé par beaucoup de praticiens. Ces rechutes surviennent à la suite de l'engorgement de l'entonnoir membraneux, ou d'efforts considérables, comme chez le matelot traité par Desault. Il nous semble, en ces derniers cas, que l'impulsion saccadée, imprimée à la masse intestinale, pourvue ou non d'un reste d'éperon, repousse cette partie et les anses placées derrière, dans l'entonnoir membraneux, et tend à leur faire produire une espèce de hernie. Alors les matières intestinales, ne pouvant passer dans le bout inférieur, sont vivement dirigées par la contraction énergique des muscles abdominaux, à travers l'infundibulum et son orifice cutané. » (Alquié, *Des anus contre nature*, p. 73.)

Traitement de l'anus contre nature. — Le traitement est palliatif ou curatif. Le premier consiste en des soins de propreté, en des appareils de compression pour s'opposer à l'issue continuelle des matières, enfin en certains récipients destinés à les recevoir, quand l'évacuation ne saurait en être suffisamment retardée. Lorsque l'anus contre nature n'est qu'une simple fistule, la compression suffit quelquefois à la guérison définitive, et c'est une raison pour ne pas y renoncer trop tôt comme moyen palliatif.

Lorsque cette infirmité menace la vie, ou quand elle en dégoûte, l'art doit entreprendre de la guérir.

Le traitement curatif compte plusieurs méthodes :

a. Un régime substantiel et abondant, conseillé par Louis, s'oppose au rétrécissement du bout supérieur, et par conséquent à son engorgement et à la rupture par suite de l'accumulation des matières derrière l'obstacle. De légers purgatifs, administrés par la bouche ou en lavements, ont quelquefois rétabli le cour des matières et contribué à la guérison. On pourrait, dans les cas où l'éperon n'existe pas ou s'il est à peine marqué, se borner à combiner ces deux ordres de moyens. Comme l'éperon est le plus fréquent et le plus grand obstacle à la guérison de l'anus contre nature, on l'a attaqué diversement.

b. Desault le *refoulait* avec des mèches introduites dans les deux bouts de l'intestin : mais tout porte à croire que dans le petit nombre de cas où ce moyen a réussi, l'éperon était peu prononcé.

Lorsque l'éperon est assez saillant pour constituer l'obstacle principal au rétablissement normal du cours des matières, on a remplacé les mèches par des instruments. Dupuytren avait imaginé une sorte de croissant en ivoire fixé à une tige. Le croissant appuyait sur l'éperon, et la tige se terminait extérieurement par une plaque d'où partaient des liens destinés à assujettir l'instrument autour du bassin. MM. Forget et Colombe ont en quelque sorte tubulé le croissant, qui, en même temps qu'il repousse l'éperon, livre par son intérieur passage aux matières. Cet instrument a dans un cas occasionné une perforation intestinale mortelle (Velpeau). M. Trant repousse l'éperon à l'aide d'une

tige centrale, tandis qu'il augmente encore la cavité intestinale, en agissant excentriquement sur la base de l'entonnoir membraneux à l'aide de deux pièces latérales. (*Dublin Medic. press*, 1845, p. 307.)

Tous ces moyens mécaniques sont insuffisants ou dangereux : ils ne peuvent agir sur l'éperon qu'en exposant à la rupture des adhérences ou de l'intestin, ou au moins à son inflammation.

c. De là l'idée de *perforer* l'éperon. Schmalkalden (*Nov. meth. int. union witeb*) traversa, en 1778, la base de l'éperon avec un fil qu'il fit suivre d'un séton progressivement plus volumineux. Le chirurgien de Wittemberg parvint à produire à la valvule une ouverture suffisante ; le succès fut complet.

En 1808, Physick eut recours à un procédé semblable (John Dorsey, *Clin. chirurg.*, t. II, p. 67, et Cros, *Wounds on the intest.*, p. 198, 1843.)

Dupuytren en fit l'application en 1813 ; il touchait à un succès complet lorsque l'impatience du malade porta le chirurgien à agrandir la division de l'éperon, ce qui occasionna une péritonite mortelle.

Dupuytren perfectionna la méthode de *destruction de l'éperon*, et se l'appropria en quelque sorte par la manière solide dont il sut l'asseoir. Guidé par ses profondes connaissances sur l'anatomie pathologique, il se proposa de détruire l'éperon à l'aide d'un instrument dont la pression déterminerait des adhérences avant la chute de l'escarre. C'est une espèce de pince à mors larges et ondulés. Voici comment Dupuytren expose lui-même la méthode :

« Cet instrument est composé de trois pièces, deux branches et une vis de pression à plusieurs filets ; les branches ont chacune 6 ou 7 pouces de longueur. Une d'elles, qu'on peut appeler la branche mâle, parce qu'elle est destinée à être reçue dans l'autre, est formée d'une lame de 4 pouces de longueur, de 3 lignes de largeur, et d'une demi-ligne d'épaisseur sur son tranchant, qui est ondulé et terminé par un bouton sphéroïde. A l'union de la lame avec le manche est une mortaise de quelques lignes d'étendue ; derrière cette mortaise, un manche long d'un, deux ou un plus grand nombre de pouces, fendu, dans presque toute sa longueur, par une autre mortaise large de 3 ou 4 lignes.

» La branche femelle de l'instrument a un peu moins de longueur que la précédente ; elle est composée, à l'une de ses extrémités, de deux lames de même longueur, de même largeur et de même épaisseur que celles de la branche mâle. Entre ces deux lames existe un intervalle formant une sorte de gouttière ou de gaîne destinée à recevoir la lame de la branche mâle. A l'un des bouts de cette lame existe une cavité pour recevoir le bouton de l'autre. A l'union de la lame avec le manche existe un pivot tournant, qui doit être reçu dans la mortaise de l'autre branche ; enfin vient le manche, qui est terminé par un trou taraudé, destiné à recevoir une vis de pression.

» La troisième partie de l'instrument est une vis à plusieurs filets, longue d'un pouce et demi, terminée par une plaque ou par un pavillon de forme ovale ; cette vis doit être passée dans la mortaise de la branche mâle de l'instrument, et être engagée dans le trou taraudé de la branche femelle : elle a pour usage de rapprocher ou d'écarter à volonté leurs lames.

» J'ai appelé cet instrument un *entérotome*, de l'usage auquel il est destiné. Son mécanisme est facile à concevoir : deux branches, qu'on peut à volonté séparer ou réunir en les croisant, pourvues de lames et de tranchants ondulés et très mousses, sont mises en mouvement à l'aide d'une vis passant à travers leurs manches. Tout ce que ces lames embrassent est saisi et retenu par elles, tant à l'aide de leurs bords dentelés qu'à l'aide de l'introduction de l'une d'elles dans l'autre ; la pression qu'elles exercent sur les parties qu'elles ont embrassées a pour premier effet de les mettre en contact ; cette pression peut ensuite être portée au point d'y détruire la vie, mais non pas au point de les diviser immédiatement, tant est grande l'épaisseur de leurs tranchants. Telles furent les bases sur lesquelles fut construit l'entérotome. Il n'a subi depuis ce temps aucune modification, et les formes que nous lui donnâmes alors se sont prêtées à toutes les variétés de l'anus accidentel que nous avons eues à opérer depuis ce temps.

» Voici quelques règles sur l'application de cet instrument. Le premier soin à prendre lorsqu'on veut faire usage de l'entérotome doit être de chercher et de trouver l'orifice de chacun des deux bouts de l'intestin, et de déterminer avec exactitude la direction du canal dont il est la terminaison : c'est ordinairement la partie la plus longue et la plus difficile de l'opération.

» Guidé par l'écoulement des matières, on trouve, il est vrai, sans beaucoup de peine, l'orifice et la direction du bout supérieur de l'intestin ; il n'en est pas de même du bout inférieur : il faut souvent employer une sonde mousse, le doigt et plusieurs jours d'observation attentive pour le rencontrer.

» La position des orifices et la direction de chacun des bouts de l'intestin étant bien déterminées, le malade étant couché sur le dos, on saisit de la main droite l'une des branches de l'entérotome, qu'on dirige avec ou sans l'indicateur de l'autre main, vers l'un des orifices de l'intestin. On l'engage dans cet orifice, et on la fait pénétrer, suivant les cas et le besoin, jusqu'à un, deux, trois et même quatre pouces de profondeur. Cela fait, on confie à un aide le soin de fixer cette première partie de l'instrument ; on saisit de la même manière la seconde branche, et on l'introduit avec les mêmes précautions et à la même hauteur dans l'autre bout de l'intestin. Les deux branches sont alors rapprochées, réunies, et articulées à la manière du forceps, en engageant le tenon de l'une dans la mortaise de l'autre. L'opérateur les fixe solidement ensemble, en faisant exécuter au tenon un demi-tour qui le place en travers de l'ouverture qui l'a reçu ; il suffit dès lors, pour avoir prise sur l'intestin, de rapprocher les branches de l'entérotome ; ce qu'on obtient en pressant les manches de cet instrument, comme lorsqu'on veut faire agir des ciseaux.

» L'action de l'entérotome devant être lente, graduée, et devant durer sept ou huit jours, on ne pouvait confier qu'à une puissance mécanique le soin de soutenir et d'accroître au besoin cette action. C'est ce qu'on obtient en passant à travers la mortaise de l'un des manches, et en engageant dans le trou taraudé de l'autre la vis de pression, dont la marche rapproche les deux manches de l'instrument. Par ce moyen, on porte l'action des lames au point d'éteindre la vie dans les parties qu'elles embrassent.

» On ne doit pas craindre de porter, dès le premier jour, la pression de l'entérotome jusqu'à suspendre la vie dans les parties ; car c'est par là, sans aucun doute, qu'on prévient tout sentiment de douleur et tout risque d'inflammation ; on doit même augmenter cette pression tous les deux jours, en faisant exécuter quelques tours à la vis, pour éviter que la circulation, en se rétablissant sur quelque point de la cloison, ne rende la section des parties incomplète et l'opération imparfaite.

» Il semble, au premier coup d'œil, qu'un instrument porté dans la profondeur du ventre ; qu'une pression sur les entrailles élevée au point d'éteindre la vie dans deux de leurs parois, devraient produire des douleurs, des coliques, des vomissements, la suspension ou du moins l'interversion du cours des matières stercorales, et, par suite, des désordres plus ou moins grands dans l'économie animale ; que l'inflammation, excitée par la présence et par l'action de cet instrument, devrait s'étendre rapidement des parties auxquelles il est appliqué, au péritoine et au canal intestinal.

» Les expériences faites sur les animaux vivants avaient déjà éloigné ces craintes. L'observation de ce qui se passe chez l'homme les a complétement dissipées. En effet, la plupart des malades auxquels notre opération a été pratiquée n'ont éprouvé que de faibles douleurs au moment de l'application de l'entérotome. Un petit nombre seulement ont éprouvé des coliques, des nausées ou des vomissements. Les matières qui parcourent le canal intestinal ont suivi leur marche accoutumée ; l'inflammation s'est bornée aux parties saisies par les lames de l'instrument, et elle ne s'est étendue, ni par continuité ni autrement, aux parties voisines ou éloignées ; il n'y a eu ni frissons, ni fièvre, ni insomnie ; et, sauf quelques exceptions rares et que nous indiquerons, le calme de ces malades a fait un contraste étonnant avec les accidents que l'on était en droit de redouter d'une semblable opération.

» Dans les premiers temps de son ap-

plication l'entérotome est fixe sur l'intestin qu'il a saisi ; au bout de quelques jours, il devient un peu mobile. Cette mobilité augmente progressivement jusqu'à ce qu'enfin il tombe de lui-même, sans effort, sans traction, sans douleur et sans écoulement de sang ; et cette chute a constamment eu lieu du septième au dixième jour chez les malades qui ont été opérés par nous.

» Lorsque l'instrument est tombé, on trouve toujours ses mors dans un grand état de rapprochement, et séparés seulement par une bande membraneuse, de couleur brune, longue de trois et quatre pouces, large de deux ou trois lignes, épaisse d'un quart de ligne, sèche et résistante comme du parchemin. Si l'on fait macérer pendant quelques heures cette lanière dans de l'eau tiède, elle se déploie, elle prend de la souplesse et de l'épaisseur, elle se dédouble, et bientôt on peut y distinguer et y compter les tuniques des deux intestins adossés. C'est, en effet, aux dépens des intestins qu'est formée cette lanière, et ses dimensions donnent la mesure exacte de la perte de substance qu'ils ont éprouvée en tous sens.

» Nous avons plusieurs fois constaté, en comparant la longueur des branches de l'entérotome, la profondeur à laquelle elles avaient été portées dans l'intestin et la longueur de cette bande membraneuse, que les deux bouts de l'intestin avaient subi une division longitudinale de trois ou quatre pouces chacune, et par conséquent de six ou huit pouces en tout, et une perte de substance de deux ou trois lignes dans une étendue semblable en largeur.

» C'est à l'aide de cette division et de cette perte de substance que se trouvent détruits et l'éperon et la double cloison qui séparent les deux bouts de l'intestin, et que se trouvent rétablis la communication si longtemps interceptée entre eux, et le cours des matières stercorales. Souvent même les premiers signes du rétablissement du cours des matières, dans le bout inférieur, précèdent la chute de l'entérotome ; dans tous les cas, de légères coliques surviennent, des évacuations ont lieu, qui fournissent d'abord les matières blanches albuminiformes contenues dans les intestins inférieurs, et bientôt après les matières stercorales transmises par les intestins supérieurs.

» Dans les premiers temps, les évacuations sont nombreuses, liquides et accompagnées de coliques et d'épreintes, phénomènes dus, sans doute, à ce que l'intestin inférieur est irrité par le contact des matières stercorales dont il avait depuis longtemps perdu l'habitude. Bientôt cependant les coliques diminuent ; elles cessent par degrés, ainsi que les épreintes ; les matières stercorales reprennent de la consistance ; leur évacuation devient plus rare et plus régulière ; l'appétit se modère ; la faiblesse et la maigreur font place à la force et à l'embonpoint.

» Il ne reste dès lors qu'à oblitérer l'ouverture des parois de l'abdomen, dernière trace de l'anus contre nature ; mais, nous devons le dire, cette partie de la cure est la plus longue et la plus difficile. La section lente et graduée de la double cloison qui sépare les intestins n'exige pas plus de huit jours ; le cours des matières stercorales est rétabli et régularisé en moins de temps encore ; tandis qu'il faut plusieurs semaines, souvent même plusieurs mois, pour obtenir l'oblitération de l'ouverture des parois de l'abdomen ; quelquefois même cette oblitération a été entièrement refusée à nos efforts, bien que l'ouverture des parois de l'abdomen fût devenue inutile, et qu'on pût la tenir fermée pendant huit, dix, douze ou quinze jours consécutifs, sans que les malades éprouvassent le moindre accident.

» Telle est la méthode que nous avons imaginée contre les anus accidentels rebelles au temps, aux efforts de l'art et à ceux de la nature. Nous avons fait voir, par l'histoire du nommé Ménage, comment elle s'applique aux anus accidentels produits par la gangrène de l'intestin. L'observation suivante, remarquable sous beaucoup d'autres rapports, prouvera qu'elle ne s'applique pas avec moins de succès à ceux qui résultent de plaies avec perte de substance à l'intestin. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. IV, p. 35 et 36).

On a en outre proposé un entérotome dont l'extrémité profonde, agissant à la manière d'un emporte-pièce, coupe au delà de l'éperon, qui est respecté (Liotard). M. Reybard (*Gazette médicale*, 1838, t. VI,

p. 545), a employé une pince dont les branches sont terminées profondément par deux anneaux, dont la rencontre serre l'éperon, et permet d'y pratiquer de suite une section à travers la fenêtre de l'instrument, dont l'autre extrémité est serrée par des ardillons.

Dupuytren, Blandin, MM. Velpeau, Petrequin, Lallemand, etc., ont réussi par cette méthode. L'instrument de Dupuytren nous paraît encore le meilleur; celui de M. Reybard expose à l'épanchement dans le péritoine, les lèvres de la division y ont une tendance dangereuse à s'échapper de la pince.

Nous ne nous arrêterons point à la suture intestinale, elle est à peu près universellement rejetée.

Quelle que soit la méthode à l'aide de laquelle on ait rétabli une suffisante communication entre les deux bouts de l'intestin, il est rare que l'anus contre nature se ferme complétement. Il reste presque toujours une fistule stercorale. Cette fistule est difficile à oblitérer pour deux raisons : son organisation muqueuse, et le liquide intestinal qui continue de la traverser en petite quantité.

On a employé le fer rouge, les caustiques et le bistouri pour désorganiser ces fistules et les disposer à s'effacer par l'inflammation. Tous ces moyens ont réussi; mais tous ont échoué, même quand on y a joint la suture et les deux incisions latérales de Celse. C'est ainsi que « M. Lenoir n'a pu faire cicatriser à l'aide de la cautérisation, ni de divers autres moyens, la fistule que portait à l'aine droite une jeune fille sortie il y a peu de jours de l'hôpital Necker, où elle a été traitée pendant dix-huit mois. » (Alquié, *Thèse citée*, p. 102.)

Cependant, ce qui doit encourager dans cette voie, c'est qu'on a tenté l'*occlusion directe de l'anus accidentel* de diverses manières. Veiel dut une guérison à cette méthode, etc. M. Debourge a réussi de même avec un bandage à pelote. (*Arch.*, t. XXIII, p. 269.) La *suture* proposée par Lecat, en 1739, a été plus souvent appliquée ici. M. Velpeau emploie la suture entortillée après avoir rafraîchi; il y joint quelquefois des incisions latérales qui permettent de rapprocher les bords, à la manière de Celse. (*Archives*, 2e série, 1836, t. X, p. 248.)

On a eu recours, dans le même but, à l'*anoplastie*, par glissement (Velpeau), ou à lambeau (Blandin, Jobert, etc.). Il faut convenir que la méthode d'occlusion a plus souvent échoué que réussi. Voici un succès :

Obs. *Anus contre nature; fistule; autoplastie; guérison.*

« Un domestique était affecté d'une tumeur dans l'aine droite; le chirurgien appelé crut avoir affaire à un abcès, il l'ouvrit avec une lancette; mais au lieu de pus il s'écoula des matières fécales. Etonné de ce résultat, il en attribua la cause à la non-maturité de l'abcès. La plaie resta pendant trois mois abandonnée à elle-même, donnant issue à la plus grande partie des matières fécales; il ne sortit par la voie naturelle qu'une très petite portion de matières.

» Ce fut alors que le docteur Colliez vit l'anus contre nature, et s'efforça d'en effectuer la cicatrisation en cautérisant les bords calleux; ce moyen ne réussit pas; la ligature fut employée avec aussi peu de succès. M. Colliez eut recours à la méthode de Tagliacozzi; il scarifia les bords de l'anus contre nature, détacha une portion de peau aussi grande que la plaie au-dessus de l'ouverture anormale, tourna le lambeau de peau, et le réunit avec les bords de la plaie au moyen de quatre sutures; il appliqua ensuite une compresse et la maintint par un bandage herniaire. Le procédé réussit complétement, sans causer de grandes incommodités au malade. » (Dupuytren, *loc. cit.*, p. 64.)

Ainsi, lorsque la suture simple a échoué, et que les bords arides de l'ouverture ne peuvent plus être mis en contact, on peut en favoriser le rapprochement par les incisions latérales. Dans le cas où celles-ci sont devenues insuffisantes, il reste l'anoplastie, qui a réussi à Colliez, à M. Velpeau, etc.

Quand tout a échoué, on applique sur la fistule une pelote compressive.

Nous allons maintenant nous occuper du *traitement des complications* de l'anus contre nature; car jusqu'ici, pour plus de clarté, nous avons supposé la lésion simple.

Pour l'*invagination* il s'agit de réduire et de maintenir. Saisissant l'anse renversée, l'opérateur en maintient la base d'une main, tandis que de l'autre il en

comprime graduellement le sommet, de manière à faire rentrer la première la portion sortie la dernière. Si l'engorgement de la partie renversée en rendait la réduction difficile par ce procédé, il faudrait, à l'exemple de Desault, exercer une compression lentement augmentée sur la partie invaginée, à l'aide d'une bande roulée autour de la tumeur.

L'induration, des adhérences, etc., opposent-elles un obstacle insurmontable à la réduction, il faudra débrider, et lorsque le débridement sera suffisant, il ne reste plus de parti à prendre que celui adopté par Blandin, faire tomber en gangrène la tumeur invaginée, au moyen d'une ligature posée autour de sa base, et à traiter ensuite l'anus accidentel comme un cas simple, et par un entérotome analogue à celui de M. Liotard (*Archives*, t. XIV, p. 107, 1842). Blandin n'a fait qu'appliquer ici une méthode employée contre le déplacement opiniâtre du rectum par Percy, Cooper, Hey et d'autres chirurgiens.

L'*étranglement* se combat d'abord par les émollients, les réfrigérants, les émissions sanguines, qui peuvent amender le gonflement et favoriser la réduction. Si l'on échoue par ces moyens, il faut débrider, et se comporter ensuite suivant l'état de l'intestin.

L'*engorgement de l'entonnoir membraneux* et du bout supérieur exige un traitement en rapport avec sa cause immédiate. Dépend-il d'une accumulation de vers ou de fèces, un purgatif; du resserrement prématuré de l'orifice accidentel, avant que l'éperon soit suffisamment effacé, dilatation de cette ouverture. Lorsque le cours des matières s'est lentement et incomplétement rétabli, tandis que l'ouverture pathologique permettait encore le passage à une certaine quantité de matières, et que le resserrement assez rapide de cet orifice amène des coliques, il faut recourir à la dilatation. Lorsque les coliques et la constipation surviennent sans rétrécissement et avec formation d'une tumeur derrière l'anus anormal, un purgatif est indiqué.

Il arrive qu'après la guérison de l'anus contre nature, il se manifeste de temps à autre des symptômes d'étranglement; ordinairement cet accident s'explique par un rétrécissement de l'intestin. Si les lavements et les purgatifs restaient sans effet, il faudrait attaquer la constipation mécaniquement, en introduisant une sonde par l'ouverture fistuleuse, si elle existe encore, et pousser de l'eau dans l'intestin afin de délayer les matières fécales. Lorsque l'ouverture fistuleuse n'existe pas, il ne resterait d'autre chance de salut que d'inciser jusqu'à la rencontre de l'intestin. Après cela, le traitement serait en quelque sorte à recommencer, surtout quant à la dilatation du bout inférieur.

Si la rupture de l'entonnoir est presque toujours au-dessus des ressources de l'art, cependant un traitement énergique antiphlogistique, opium et frictions mercurielles à haute dose, a pu quelquefois sauver les malades.

§ II. Hernie inguinale.

Nous prendrons pour type de notre description la hernie inguinale chez l'homme, nous terminerons par les différences qu'elle offre chez la femme.

Causes de la hernie inguinale. — Ce qui se rapporte à l'étiologie de cette hernie a été exposé plus haut (voy. *les généralités de la hernie*, t. XI, p. 201), ou sera dit plus bas; nous ne devons donc pas nous y arrêter davantage ici.

Caractères anatomiques de la hernie inguinale. — Il y a trois espèces principales de hernie inguinale. On se rappelle que la paroi postérieure du canal inguinal est divisée en trois fossettes par deux vaisseaux qui soulèvent le péritoine de cette région: 1° la fossette externe, placée en dehors de l'artère épigastrique; 2° la fossette moyenne, entre l'artère épigastrique et l'ombilicale; 3° enfin la fossette interne, entre l'artère ombilicale et le bord interne du muscle droit. La hernie inguinale est *oblique externe*, quand elle s'engage dans le canal par la fossette externe, qui n'est que l'orifice abdominal de ce trajet herniaire; elle est directe, si elle pénètre dans ce canal par la fossette moyenne, et *oblique interne* dans le cas où elle y arrive par la fossette moyenne.

A. *Hernie inguinale oblique externe.* — Cette espèce compte deux variétés fon-

damentales, suivant que la hernie est *congénitale* ou *accidentelle*. Voici les dispositions anatomiques communes à ces deux variétés.

Les enveloppes sont, en procédant de dedans en dehors, la gaîne fibreuse du cordon, la tunique érythroïde, enfin, la tunique fibro-celluleuse, qui, du pourtour de l'anneau externe, descend sur le cordon spermatique. Ces couches, si minces à l'état normal, sont en général hypertrophiées, surtout dans les hernies anciennes et volumineuses. Les faisceaux du crémaster présentent principalement cette augmentation de volume, au point d'égaler quelquefois celui du doigt.

Les rapports les plus importants de cette hernie sont ceux de l'artère épigastrique située au côté interne et inférieur du collet du sac, et ceux du cordon spermatique qui est ordinairement placé en arrière de la hernie dans toute la longueur du canal inguinal, et se porte en dedans à la sortie de ce canal. Mais les rapports de la hernie avec le cordon peuvent être différents.

« Ledran et d'autres chirurgiens célèbres ont dit avoir trouvé tout le cordon au-devant du sac herniaire en opérant dans les hernies volumineuses. Cependant je voudrais avoir de ce fait des preuves plus concluantes que celles qui sont tirées de la dissection et de la séparation grossière des enveloppes de la hernie pendant l'opération. Dans l'observation de M. Stepherd, l'opérateur semblait craindre d'avoir divisé la totalité du cordon, tandis qu'il fut reconnu plus tard à la dissection, que le conduit déférent, séparé de l'artère et de la veine spermatique, était le seul vaisseau qui occupât la partie antérieure du sac. S'il arrive jamais que le cordon en totalité soit placé au-devant du sac herniaire, cette disposition ne peut être due à la pression de la tumeur, et il est difficile de concevoir comment elle pourrait provenir d'une anomalie dans la situation relative des vaisseaux spermatiques à l'entrée du sac, si l'on a égard au trajet ordinaire de ces vaisseaux derrière le péritoine. La variété la plus fréquente est celle où la tumeur a poussé le canal déférent à son côté interne. Deux cas de cette espèce ont été dessinés par Camper, deux autres ont été décrits par M. Hey. A mesure que la tumeur acquiert du volume, ce canal se place graduellement au-devant de la partie inférieure du sac. L'opérateur doit toujours avoir présent à l'esprit ce changement qui a lieu fréquemment dans la position du cordon, afin de s'arrêter dès qu'il aperçoit un conduit vasculaire au-dessous de son instrument. Mais comme il n'est pas nécessaire d'ouvrir le sac jusqu'à sa partie inférieure, on est peu exposé à blesser les vaisseaux spermatiques. Il est, en effet, très rare, ainsi que l'a observé Scarpa, de rencontrer ces vaisseaux à la partie antérieure du sac jusqu'à la hauteur de l'anneau inguinal. M. Hey, ayant dans une opération de hernie inguinale, divisé le canal déférent, a donné le conseil d'inciser largement le scrotum avant d'entamer les autres enveloppes de la hernie. Scarpa a cité un cas dans lequel il blessa l'artère spermatique, en opérant par la ponction une hydrocèle volumineuse. Dans ce cas, les vaisseaux du cordon avaient subi les mêmes changements de position que dans les hernies volumineuses. » (A. Key, *Notes* à A. Cooper, p. 171, trad. franç.).

Il y a dans les rapports de la hernie une autre anomalie plus fréquente : c'est la dissociation des vaisseaux du cordon qui sont répandus sur différents points de la tumeur. A. Cooper possédait une pièce sur laquelle le canal déférent passait d'un côté du sac, tandis que les vaisseaux spermatiques se trouvaient du côté opposé. Dans un autre cas, le chirurgien anglais nota le passage de l'artère et de la veine spermatiques au-devant du sac, tandis que le canal déférent était en arrière. A. Cooper, qui a vu plusieurs fois cet éparpillement des éléments du cordon, ne les a jamais rencontrés en totalité au-devant du sac.

A mesure que la hernie vieillit et grossit, il se passe d'importants changements dans la disposition du canal inguinal : la moitié interne de son orifice abdominal, cédant à la pression des viscères déplacés, est refoulée en bas et en dedans, en même temps que la moitié externe de l'anneau cutané est refoulée en dehors. Il en résulte deux choses : le raccourcissement du canal et le redresse-

ment de son obliquité; redressement qui n'est pas toujours complet sans doute, mais qu'il est essentiel de connaître même à un degré moins avancé, ainsi que nous le verrons. Il est inutile de faire remarquer que pendant qu'il subit ces modifications, le canal inguinal s'élargit.

Quant aux viscères susceptibles de s'échapper par cette voie, presque tous jusqu'au foie, à la matrice et au rein lui-même, l'ont suivie. Mais ceux qu'on y observe ordinairement sont l'intestin grêle et l'épiploon. Il n'est pas très rare, non plus, d'y rencontrer le cœcum, et, chose remarquable, plus souvent à gauche qu'à droite. Nous avons vu que c'est par là que l'ovaire et la vessie sortent le plus souvent de la cavité abdominale.

Ce qui caractérise essentiellement la hernie inguinale *congénitale*, c'est qu'au lieu d'un sac sorti du ventre avec le viscère qui le pousse, c'est la tunique vaginale qui est le sac, la communication de la cavité de cette tunique avec celle du péritoine ne s'étant pas oblitérée. Le véritable nom de cette variété de la hernie inguinale est donc celui de *hernie de la tunique vaginale*, que lui a donné A. Cooper; d'autant plus que cette hernie n'est, à proprement parler, jamais congénitale, elle ne se déclare qu'après la naissance. L'enfant ou le sujet qui la porte est venu au monde, non pas avec la hernie, mais avec la prédisposition qui est indispensable à sa formation, c'est-à-dire avec le défaut d'occlusion de la tunique vaginale.

Nous allons maintenant examiner les dispositions anatomiques de la hernie vaginale en même temps que le mécanisme de sa formation.

Quand le péritoine ne s'est pas refermé derrière le testicule de manière à s'isoler entièrement de la tunique vaginale, pourquoi la hernie ne se produit-elle pas dans le sein maternel de façon à justifier la désignation congénitale? Parce que dans la cavité utérine, les causes efficientes des hernies manquent : ni cris, ni toux, ni efforts violents.

La marche de l'oblitération de la communication de la tunique vaginale avec le péritoine peut déterminer des variétés dans la hernie vaginale.

« En général, dit M. Malgaigne, l'oblitération se fait d'abord à la partie moyenne, à peu près vers l'anneau inguinal externe, et le canal se trouve ainsi divisé en deux portions. La portion supérieure s'oblitère ensuite, puis l'inférieure; ce travail se fait dans les premières semaines ou dans les premiers mois de la vie extra-utérine.

» Supposez maintenant qu'une hernie se fasse chez un enfant dont le canal n'est encore oblitéré qu'à un seul point; la hernie descendra jusqu'à ce point d'abord, et non plus bas; elle sera bien cependant dans le prolongement de la tunique vaginale et non dans un sac herniaire. Ces cas ne sont pas rares. Vous en avez vu un dans la dernière visite : la hernie descendait un peu au-dessous de l'anneau externe chez un enfant de quelques mois, et le testicule était libre beaucoup plus bas, au fond du scrotum. C'est là encore une hernie vaginale à laquelle vous pouvez donner le nom de *hernie vaginale funiculaire*, et qui n'a point été décrite dans ces circonstances. Mais vous comprenez qu'à mesure que des efforts nouveaux la poussent plus en bas, elle distend le tissu cellulaire du cordon, en arrière de la portion inférieure de la tuuique vaginale oblitérée, arrive jusqu'au testicule; et comme l'enveloppe fibreuse du cordon n'a pas encore contracté d'adhérences avec le sommet de cet organe, à raison de la tunique vaginale qui l'en sépare, la hernie parvient même à décoller en partie le testicule qu'elle laisse en arrière, de sa tunique séreuse qu'elle laisse en avant, sans cependant descendre jamais aussi bas que dans la hernie vaginale testiculaire. Si par hasard elle vient alors à s'étrangler, le chirurgien, en cherchant à ouvrir le sac, tombe inévitablement sur la vraie tunique vaginale qui est en avant, et dans laquelle il ne trouve rien que le testicule; il faut qu'il divise la paroi postérieure de cette tunique qui lui cache le véritable sac. A. Cooper a désigné cette variété sous le nom de *hernie enkystée de la tunique vaginale*. C'est donc tout simplement la hernie vaginale funiculaire à son plus haut degré de développement.

» Enfin les choses ne se passent pas toujours de la même manière. D'une part, on trouve quelquefois le canal de commu-

nication entièrement oblitéré avant la naissance. Wrisberg a observé cette oblitération sur un fœtus de quatre mois. D'autres fois le testicule étant descendu, l'oblitération est très lente à se faire. A. Cooper a disséqué un sujet de huit ans chez lequel le canal offrait un pertuis qui pouvait admettre une sonde de femme ; et nous avons pu remarquer plusieurs fois que chez les sujets atteints de hernies dites congéniales, et qu'on avait crus guéris par l'application des bandages ordinaires, la hernie reparaissait à quinze, dix-huit et vingt ans, et même plus tard, avec les caractères assez tranchés de la hernie congéniale pour autoriser à penser qu'il y avait ici, non une véritable oblitération, mais un simple rétrécissement du canal. Dans les premiers cas vous voyez que les enfants pourraient être affectés immédiatement après leur naissance d'une hernie accidentelle en tout semblable à celle des adultes ; tandis que d'une autre part des jeunes gens déjà assez avancés peuvent avoir une hernie véritablement vaginale.

» Il y a plus Nous n'avons parlé que des cas où les testicules étaient descendus dans le scrotum, et il y a de nombreuses exceptions. Canestrini avait cru que chez les Hongrois les testicules descendaient fréquemment fort tard dans les bourses ; et il avait vu là une prédisposition aux hernies, spéciale à cette nation. Cela n'est nullement rare ailleurs : et par exemple, en France et à Paris, vous seriez frappés de la fréquence relative de ces cas, si vous interrogiez avec soin tous les individus. Je citerai seulement ici quelques unes de nos observations où cette circonstance s'est rencontrée :

» 1° Un sujet de six ans. Le testicule gauche, descendu à deux ans, avait entraîné une hernie ; le droit n'était pas encore descendu à six ans.

» 2° Sujet de huit ans. Le testicule gauche descendu depuis longtemps ; le droit apparaissant depuis un mois seulement à l'anneau externe, et entraînant une hernie.

» 3° Sujet de quatorze ans portant à droite une hernie qui datait des premiers jours après la naissance. Le testicule gauche commence seulement à descendre.

» 4° Un sujet de trente ans. Le testicule gauche arrêté à l'anneau externe.

» Je pourrais citer un grand nombre d'autres cas : certains individus ont même gardé toute leur vie un de leurs testicules dans l'abdomen, et, d'après mes observations il semble que le testicule gauche soit plus sujet à ce retard que dans la descente. N'allez pas croire que cette descente soit par elle seule une cause suffisante de hernie ; fort souvent le testicule suit son trajet sans que les viscères bougent, soit que les anneaux soient trop étroits pour les laisser passer, ou que la tunique vaginale se soit déjà resserrée au-dessus de l'organe qu'elle embrasse. Je me souviens d'avoir vu un enfant de treize ans qui n'avait encore dans le scrotum que le testicule droit. Un brutal l'ayant élevé en l'air comme il se baignait, le précipita à plat ventre sur la surface de l'eau ; il y eut craquement et douleur vive à l'aine gauche ; le testicule était sorti de vive force, et cependant jamais, ni alors ni depuis, après plus de vingt ans écoulés, il n'y a eu apparence de hernie.

» Mais d'autres fois la hernie se fait ; l'intestin suit le testicule, et se présente avec lui à l'anneau ou hors de l'anneau ; en un mot, c'est une *hernie vaginale testiculaire*. Il peut de même se faire alors une *hernie vaginale funiculaire*, par oblitération de la tunique au-dessus du testicule ; j'en ai vu plusieurs exemples, et c'est pour le bandagiste un des cas les plus embarrassants. Je ne sais s'il se fait quelquefois aussi dans ces circonstances des hernies purement accidentelles ; la chose n'est pas impossible, mais l'étude des réalités est bien assez vaste, pour ne pas nous aller perdre dans celle des possibilités.

» En résumé donc, les hernies de la tunique vaginale se présentent d'abord dans deux conditions toutes différentes, qui permettent d'en faire deux grandes espèces :

» Ou le testicule est descendu dans le scrotum ;

» Ou il n'y est pas descendu, et il s'est arrêté dans le canal, à l'anneau externe ou au-dessous de cet anneau.

» Je n'ai jamais vu de hernie se faire par le canal inguinal, le testicule restant caché dans le ventre.

» Maintenant dans chacune de ces espèces, il y a deux grandes variétés :

» La *hernie vaginale testiculaire.*

» La *hernie vaginale funiculaire*, qui, à son plus haut degré de développement, prend le caractère de la *hernie enkystée de la tunique vaginale* de A. Cooper. » (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 56.)

B. La *hernie inguinale directe* sortant de l'abdomen par la paroi postérieure du canal inguinal, n'est pas contenue comme la hernie oblique dans la gaîne propre du cordon, et elle ne se met en rapport avec lui qu'au niveau de l'anneau externe. Elle n'est pas recouverte par le crémaster, mais seulement par la gaîne fibro-celluleuse que le pourtour de l'anneau externe fournit au cordon. Le cordon est en dehors de la hernie directe, tandis qu'il est en dedans et en arrière dans la hernie oblique; l'artère épigastrique est en dehors du collet du sac, au lieu d'être en dedans comme dans la hernie oblique.

Suivant M. J. Cloquet, la hernie directe ne serait pas rare, puisqu'elle serait à la hernie oblique comme 2 est à 5. A. Key la croit beaucoup moins fréquente.

Quoi qu'il en soit, Desault et Chopart savaient déjà que les vaisseaux étaient situés tantôt au côté interne, tantôt au côté externe du collet du sac, et que, dans le premier cas, le cordon était situé en arrière et en dedans du sac, tandis que dans le second, ce cordon se trouvait en dehors et en arrière. Mais c'est Cline qui distingua le premier cette hernie assez nettement pour la décrire à part en 1777 (A. Cooper).

A. Cooper résume ainsi les caractères anatomiques de cette hernie :

« Disséquée avec soin, cette hernie présente le trajet suivant : le sac se fait d'abord jour entre les fibres de l'aponévrose du muscle transverse, à environ un pouce de l'anneau inguinal et directement au-dessus de lui, poussant ordinairement au-devant de lui l'aponévrose du transverse; ensuite, il passe sous le bord inférieur de l'aponévrose du muscle petit oblique, côtoyé à sa partie externe par l'artère épigastrique, et n'ayant au-dessus de l'anneau aucun rapport avec le cordon. Après cette première partie de son trajet, la hernie sort de l'anneau inguinal, côtoyée, en dehors, par le cordon, et recouverte par le *fascia* que fournit l'aponévrose du grand oblique, mais nullement recouverte par le muscle crémaster.

» Je n'ai jamais vu la hernie directe acquérir un volume aussi considérable que la hernie inguinale ordinaire. Du reste, un volume assez considérable n'ajoute rien à sa gravité; dans le plus grand nombre des cas, j'ai trouvé que cette variété de hernie coexistait avec des maladies de l'urètre. » (A. Cooper, *loc. cit.*, p. 223.)

C. La *hernie oblique interne* sort de l'abdomen par une perforation du *fascia transversalis*, entre l'artère ombilicale ou plutôt le cordon fibreux qui est la conséquence de son oblitération; entre ce cordon, disons-nous, et le bord externe du muscle droit, par la fossette interne. A. Cooper a observé sur le même sujet trois hernies inguinales de chaque côté, sortant toutes en dedans des vaisseaux épigastriques. Sur les six hernies, deux, une de chaque côté, sortaient par la fossette inguinale interne. Cette dernière particularité n'avait pas suffisamment fixé l'attention du chirurgien anglais. M. Goyrand avait accordé plus d'importance à un cas de hernie oblique interne rencontrée par lui en 1832 (*Gaz. des hôpitaux*, t. V, p. 478); mais c'est à M. Velpeau qu'appartient l'honneur d'avoir définitivement fait entrer cette espèce dans la science, ainsi qu'on va le voir par l'observation suivante, qui est à elle seule, pour ainsi dire, toute une description de cette variété de la hernie inguinale, et c'est pour nous un nouveau motif de la consigner ici.

Obs. 1. *Hernie inguinale oblique interne chez une femme; étranglement; opération; mort, examen des pièces. Hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 17.*

« Le 1er décembre 1840, est entrée à l'hôpital de la Charité la nommée Nicolas (Jeanne-Marie), âgée de soixante-trois ans, garde-malade. Cette femme paraît douée d'une forte constitution, elle n'a jamais eu de maladie grave; maigre jusqu'à l'âge de trente ans, tout en jouissant néanmoins d'une bonne santé, elle avait eu trois grossesses qui s'étaient toutes terminées d'une manière heureuse. A partir de là, elle prit insensiblement de l'embonpoint jusqu'à

l'âge de quarante-huit ans, époque à laquelle la menstruation a cessé d'exister.

» Depuis deux ans environ, la malade a remarqué qu'à la suite d'un effort quelconque, d'un accès de toux, par exemple, il se formait une tumeur dans la région inguinale droite. De légères coliques se manifestaient alors, quelquefois immédiatement après l'apparition de la tumeur, mais au bout de quelques instants le tout disparaissait. Aussi cette femme n'a-t-elle jamais songé à porter de bandage. Rien de particulier ne s'était manifesté jusque là chez elle, lorsqu'il y a trois jours, après un effort pour soulever un matelas, elle a senti tout à coup une vive douleur dans l'aine. Des coliques violentes n'ont pas tardé à survenir; quelques matières liquides d'une couleur verdâtre ont été vomies, et presque immédiatement après la malade a éprouvé du soulagement. Elle est restée dans cet état jusqu'au soir sans éprouver d'autre accident que de légères coliques; il ne s'est manifesté depuis la veille aucun besoin d'aller à la garde-robe; la malade prend un lavement simple, puis le rend peu de temps après avec une certaine quantité de matières fécales. Les vomissements n'ont pas reparu. La nuit est assez bonne jusqu'à deux ou trois heures, où les coliques reparaissent, ainsi que les vomissements. Le reste de la nuit, la malade a été très agitée. Le matin on consulte un médecin qui prescrit une application de sangsues sur la tumeur, après avoir fait quelques tentatives inefficaces de taxis. Un bain est donné dans la soirée; de nouvelles tentatives de taxis sont encore faites, toujours sans succès. La malade passe une assez bonne nuit, sans garde-robes, mais aussi sans vomissements; de temps en temps quelques nausées se montrent encore cependant. Le lendemain matin, les vomissements reparaissent: un nouveau médecin est appelé; et après avoir constaté l'état de la maladie, il conseille de la transporter sur-le-champ à l'hôpital de la Charité.

» Le 1er décembre, à dix heures du matin, elle nous a présenté l'état suivant:

» La malade est d'un embonpoint assez considérable, néanmoins elle a les chairs fermes et paraît douée d'un tempérament robuste. Son état général est peu satisfaisant. Le pouls est petit, fréquent; la face est altérée; la langue blanche, mais humide; le ventre est à peine ballonné et conserve de la souplesse; la pression, dans toute cette partie n'augmente pas la douleur, si ce n'est au niveau de la région inguinale; il n'y a pas eu de garde-robes depuis le dernier lavement, et pas de vomissements depuis le matin; mais à chaque instant il survient des éructations; la malade se plaint d'avoir la bouche mauvaise. Dans la région de l'aine, du côté droit, au-dessus du niveau du ligament de Fallope, il existe une tumeur, que l'œil distingue à peine, à cause de l'embonpoint de la malade, mais que le toucher constate sans difficulté; on trouve, en effet, sur ce point une tumeur du volume d'un œuf de poule environ et mal circonscrite. Cette tumeur est d'une consistance difficile à préciser, car en la pressant elle échappe pour ainsi dire sous le doigt et cause à la malade des douleurs très vives. On essaie le taxis, mais modérément, à cause de la position de la hernie. Le danger ne paraissant pas imminent, on prescrit un lavement avec 8 grammes de tabac en infusion dans 500 grammes d'eau, et un bain de deux heures.

» Le soir, à cinq heures, il n'y a aucun changement. Une nouvelle tentative de taxis est encore faite, mais avec beaucoup de précaution; le résultat en est nul, et l'on procède immédiatement à l'opération de la manière suivante.

» *Opération*.— La malade étant couchée dans son lit, la région pubienne de ce côté ayant été rasée, on fait une incision oblique, longue de 9 ou 10 centimètres, dans le sens du grand diamètre de la tumeur, ou du ligament de Fallope. La peau et la couche sous-cutanée, dont l'épaisseur est de 3 centimètres, étant divisées, on aperçoit au fond de la plaie l'aponévrose du muscle grand-oblique distendue, et qu'on tranche sur la sonde cannelée dans presque toute l'étendue de l'incision extérieure. Dès lors la tumeur, cessant d'être comprimée, s'échappe, pour ainsi dire, hors de la plaie. On reconnaît le sac herniaire, dont les parois épaissies sont en outre doublées d'une couche graisseuse, foliacée. Plusieurs incisions sont faites successivement et avec précaution, jusqu'à ce qu'on

arrive à la cavité du sac, qu'on ouvre ensuite sur une sonde cannelée dans toute son étendue. Ne renfermant pas la plus petite quantité de sérosité, ce sac était comme collé aux viscères. Une anse intestinale apparaît donc immédiatement, surmontée d'une certaine quantité d'épiploon; la surface de l'intestin est brune, mais rénitente, et ne présente aucun signe de gangrène. On procède, sans désemparer, au débridement. Le doigt indicateur de la main gauche est porté à la partie supérieure et externe du collet du sac; un bistouri à sommet mousse est glissé à plat sur le doigt, et introduit dans l'anneau; son tranchant, tourné en haut et en dehors, débride aussitôt l'anneau dans l'étendue de cinq ou six lignes; cela étant fait, la réduction de l'intestin a été opérée avec une grande facilité.

» Une masse épiploïque est restée adhérente au collet du sac; l'opération n'a présenté aucune complication; il s'est écoulé peu de sang. Pour le pansement, un linge cératé a été appliqué sur la plaie; quelques boulettes de charpie très molles ont servi à en combler la cavité; un plumasseau, des compresses et un bandage triangulaire ont complété le pansement.

» Immédiatement après l'opération, la malade a éprouvé du soulagement. On lui prescrit un lavement purgatif, de l'eau de tilleul, de l'eau de Seltz, pour boisson.

» La nuit est bonne; la malade a une garde-robe abondante; les vomissements ne reparaissent pas; de légères coliques se manifestent de temps à autre; néanmoins elle a pu dormir près de quatre heures.

» Le 2, à la visite, la malade se trouve bien; son pouls est petit, fréquent; son ventre est ballonné, mais peu douloureux à la pression. Elle ne se plaint que de quelques coliques. On prescrit encore un lavement purgatif, un grand cataplasme fortement laudanisé sur le ventre, une application de cinquante sangsues pour le soir, dans le cas où il y aurait exaspération des symptômes, de l'eau de Seltz pour boisson, la diète absolue. La journée est assez bonne. La malade a dormi une heure environ après la visite du matin; il y a eu une nouvelle garde-robe. Mais le soir vers cinq heures, elle a éprouvé des douleurs plus vives dans le ventre; ces douleurs sont continues et occupent toute la cavité abdominale; le pouls est devenu plus petit et plus fréquent. On applique cinquante sangsues, qui saignent abondamment: les douleurs n'en ont pas moins persisté; la nuit a été très mauvaise, sans sommeil.

» Le 3, à la visite, le pouls est toujours petit et fréquent. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression; la face est profondément altérée; des vomissements sont survenus dans le courant de la nuit et persistent le matin; les piqûres de sangsues coulent encore au moment de la visite; à tous ces signes on reconnaît une péritonite générale. Même tisane, frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel et l'extrait thébaïque; les accidents continuent, et la malade meurt le 3, à quatre heures de l'après-midi.

» L'autopsie est faite quarante-huit heures après la mort. L'état du cadavre ne présente rien qu'il soit important de signaler. La cavité péritonéale étant ouverte, on trouve dans toute son étendue les traces d'une péritonite des plus intenses : la surface intestinale, distendue par des gaz, est d'un rouge violacé dans plusieurs points; les circonvolutions intestinales, distendues par des gaz, et d'un rouge violacé dans plusieurs points, sont réunies les unes avec les autres par de fausses membranes de nouvelle formation; du pus floconneux existe en assez grande quantité dans l'intérieur du petit bassin; l'anse intestinale, qui était renfermée dans la hernie, est située dans la fosse iliaque droite, à côté du cœcum, et n'est unie par aucune adhérence à la paroi abdominale; un faisceau d'épiploon vient se fixer sur le collet du sac, où il adhère d'une manière très intime. Toute la région qui était le siége de la hernie ayant été séparée du cadavre, j'en ai fait une dissection minutieuse, et j'ai pu constater les dispositions suivantes :

» 1° La distance de l'angle postérieur ou de la symphyse du pubis au bord interne du collet du sac est de 3 centimètres et demi;

» 2° La distance du bord externe du collet du sac à l'artère épigastrique est de 2 centimètres;

» 3° La distance de l'artère épigastri-

que à l'artère ombilicale est de 1 centimètre et demi.

» 4° La distance du bord externe du collet du sac à l'anneau inguinal interne (iliaque) est de 2 centimètres 1 quart.

» Avant de commencer la *dissection des parties* du côté du ventre, on voyait, d'une manière manifeste, l'ouverture iliaque du canal inguinal tout à fait libre, et fort éloignée de la hernie; l'artère épigastrique faisait une saillie très marquée sous le péritoine; entre celle-ci et l'artère ombilicale, également très saillante, il y avait *une fossette* ou dépression très marquée; en dedans de l'artère ombilicale, entre elle et le bord externe du muscle droit, au niveau et au-dessus du ligament de Gimbernat, on aperçoit l'ouverture à travers laquelle la hernie s'est produite. La dissection de celle-ci a démontré les rapports suivants : L'artère épigastrique et l'artère ombilicale sont placées en dehors de l'ouverture herniaire; immédiatement en dedans des fibres aponévrotiques qui, se détachant du bord externe du muscle droit, vont se porter sur le ligament de Gimbernat, on voit une ouverture comme par éraillure. Les fibres aponévrotiques, en effet, semblent s'écarter à la partie supérieure de l'anneau herniaire pour se réunir de nouveau à sa partie inférieure, au moment où elles vont se perdre sur le ligament de Gimbernat; à la partie supérieure et externe de cet anneau, les fibres aponévrotiques ont été coupées transversalement, au moyen du débridement, dans l'étendue de trois à quatre lignes. Le ligament de Gimbernat présente, à sa partie moyenne, une fossette dans laquelle on pourrait introduire la pulpe du doigt, et qui est remplie par un peloton graisseux.

» Du côté où l'opération a été pratiquée, nous avons constaté que les premières incisions avaient intéressé la peau, le tissu sous-cutané, l'aponévrose de l'oblique externe. Celle-ci a été divisée sans que l'anneau pubien fût compris dans l'incision. Les parties étant étalées et maintenues fixes, on aperçoit la cavité du sac, dont les parois ont une épaisseur de près de deux lignes; l'ouverture qui le fait communiquer avec la cavité péritonéale est placée à la partie interne et supérieure. On voit manifestement que *le grand axe de la hernie est dirigé obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant;* la tumeur n'avait aucune tendance à se porter du côté de l'anneau externe; elle se dirigeait, au contraire, du côté de l'épine iliaque. A la partie interne du collet du sac, on voyait un peloton épiploïque qui se continuait avec la masse conservée du côté de l'abdomen, et que j'ai déjà mentionnée; en soulevant le sac, on retrouvait tous les éléments du canal inguinal; le *fascia transversalis* soutenait la hernie en arrière, le ligament de Fallope en bas, le bord inférieur des muscles, petit oblique et transverse en haut. » (*Observation recueillie sous mes yeux par M. Demeaux, interne du service et aide d'anatomie à la Faculté.*)

« *Remarques.* — On voit donc, par ce fait, que les organes contenus dans l'abdomen peuvent faire hernie au dehors dans la région inguinale, en suivant une voie qui n'avait point encore été décrite jusqu'à présent. En effet, les hernies inguinales ont toutes été rapportées à deux classes : à la classe des hernies dites obliques ou externes, quand l'artère épigastrique reste sur le côté interne de leur collet; à la classe des hernies appelées directes ou internes, lorsque les vaisseaux épigastriques se trouvent en dehors, en même temps que le cordon de l'artère ombilicale reste en dedans. Or, ce n'est point ainsi que se sont rencontrés les objets dans l'exemple qui vient d'être relaté. Là nous avons trouvé le collet du sac très éloigné de l'artère épigastrique, ayant l'artère ombilicale à son côté externe et le bord aponévrotique du muscle droit du ventre à son côté interne ou pubien. S'étant fait un trou en éraillant, le *fascia transversalis*, ou mieux les fibres albuginées qui se détachent du muscle droit pour gagner la paroi iliaque de l'abdomen, l'intestin et l'épiploon enveloppés du péritoine, s'étaient portés en dehors, en avant et en haut, de manière à laisser l'anneau inguinal proprement dit parfaitement libre en dedans et en bas, de telle sorte aussi que l'aponévrose du grand oblique, maintenue intacte, coiffait en entier la tumeur par-devant. C'est, en conséquence, une hernie dont l'axe croiserait à angle droit celui de la hernie inguinale externe, et qui peut rester indépendante jusqu'à la fin du canal inguinal et de ses

deux orifices naturels. Tout indique néanmoins que les choses se présentent quelquefois autrement. Dans l'observation que j'emprunte à A. Cooper, et dont voici le peu de détails, les viscères, engagés par le même point que dans la mienne, sortaient évidemment par l'anneau inguinal externe et formaient au dehors une hernie complète. » (Velpeau, *Annales de chirurgie*, Paris, 1841, t. I, p. 258.)

Complète et hors l'anneau, la hernie oblique interne a pour enveloppe la peau, le *fascia superficialis*, le *fascia propria* et le sac péritonéal. La racine du *dartos* et le *fascia transversalis* ne s'y trouvent que par accident. Cette hernie ne peut ni s'envelopper du cordon testiculaire en l'épanouissant, ni passer au-dessous ; elle le croisera en dessus de manière à le laisser en arrière et en dedans, tandis que la hernie externe le refoule presque toujours en dehors, et que la hernie moyenne s'en coiffe aussi quelquefois.

Il y a une autre variété de hernie qui se rapproche de la hernie directe et de la hernie oblique interne, et en est comme le pendant : c'est la hernie inguinale externe sortant par une éraillure de l'aponévrose du grand oblique, ainsi que l'a observé J.-L. Petit. La première pénètre dans le canal non par son orifice abdominal, mais à travers sa paroi postérieure, s'échappe par l'anneau ; la dernière s'introduit dans le canal par l'orifice abdominal, mais n'en sort pas par l'ouverture cutanée.

Hernie inguino-interstitielle.—Quel que fût le point par où elles la traversaient, les hernies précédentes arrivaient au dehors de la paroi musculo-fibreuse du ventre ; la hernie inguino-interstitielle reste entre les couches de cette paroi. C'est J.-L. Petit qui a le premier signalé cette variété. Depuis lors, Hesselbach, A. Cooper, A. Key, Goyrand, Dance, Velpeau, en ont publié des exemples. Ce qui favorise surtout le développement de cette hernie, c'est la longueur du canal inguinal et l'étroitesse de son orifice externe.

La hernie peut pénétrer dans ce canal par l'une des trois fossettes externe, moyenne ou interne.

« Quand elle est petite, sa forme diffère suivant qu'elle est oblique ou directe. Dans le premier cas, elle est allongée suivant la direction du canal inguinal ; dans le second elle forme une ampoule sphéroïde ; mais en se développant elle prend toujours la forme d'un sphéroïde aplati d'avant en arrière, dont le grand diamètre a la direction du canal inguinal, et s'étend quelquefois des environs de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'anneau du grand oblique. Pour venir occuper le canal inguinal, la hernie suivra une direction différente, suivant qu'elle sera externe, directe ou interne : aussi M. Goyrand a-t-il remarqué que la hernie interstitielle interne qu'il a disséquée *avait son grand axe dirigé obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant, de manière à croiser par un angle droit l'axe de la hernie inguinale externe.* » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 464.)

Le sac est en rapport, en arrière, avec le *fascia transversalis*, l'aponévrose terminale du petit oblique et du transverse, et quelques uns des faisceaux charnus du bord inférieur de ces muscles. Dans l'épaisseur de la paroi postérieure sont contenus les vaisseaux épigastriques ; en avant, le sac est recouvert par l'aponévrose du grand oblique qu'il soulève, et par quelques uns des faisceaux inférieurs du petit oblique et par l'origine du crémaster. Inférieurement le sac est en rapport avec l'arcade crurale et le cordon spermatique ou le ligament rond de l'utérus chez la femme.

Si les viscères ont pénétré dans le canal inguinal par son orifice supérieur, le sac est contenu avec le cordon dans l'enveloppe que celui-ci reçoit du *fascia transversalis*. La hernie est dépourvue de cette enveloppe quand elle est entrée dans le canal par la fossette moyenne ou interne.

Lorsque cette hernie est congénitale, comme il arrive fréquemment, le testicule est à nu à la partie inférieure de la tunique vaginale qui forme le sac. (A. Cooper, Goyrand, Dupuytren.)

Nous rapporterons plus loin un fait de Lucas, où le sac de la hernie interstitielle congénitale enkystée était contenu dans la tunique vaginale ; et où le collet de cette tunique entourait le collet du sac avec lequel il se continuait.

Il arrive que la hernie interstitielle envoie un prolongement par l'anneau externe

du grand oblique, prolongement qui affecte avec le cordon spermatique les mêmes rapports que la hernie ordinaire.

Plusieurs hernies inguinales peuvent exister en même temps, diversement combinées : souvent c'est une hernie oblique de chaque côté; d'autres fois ce sont, du même côté, une hernie oblique et une hernie directe, etc.

Le volume des hernies inguinales varie depuis celui d'un petit ganglion jusqu'à une tumeur capable de comprendre presque tous les viscères du ventre, et qu'on a vue descendre jusqu'au genou (A. Cooper).

Développement et symptômes des hernies inguinales. — Nous avons décrit plus haut la marche de la hernie congénitale. Au début, la hernie accidentelle est généralement d'un petit volume; elle ne forme qu'une saillie à peine sensible et qui échappe souvent au malade et même à un chirurgien peu attentif ou peu expérimenté : c'est ce qu'on a appelé *pointe de hernie.*

Sous l'influence d'un nouvel effort, la hernie grossit, une douleur analogue à celle qui signale souvent la première apparition de la maladie, se fait sentir à la région inguinale; le sujet y porte la main, et c'est alors seulement qu'il découvre ordinairement la tumeur. Peu à peu la hernie descend et occupe tout le canal inguinal : *hernie interstitielle;* puis elle se prononce à l'anneau externe : *bubonocèle;* et enfin elle gagne le scrotum : *oschéocèle.* Jamais à ce dernier degré elle n'approche le testicule d'aussi près que dans les hernies du jeune âge; une rainure circulaire indique le plus souvent la ligne de séparation de la glande spermatique et de la hernie, et, suivant M. Malgaigne, cette rainure ne s'efface presque jamais que par l'effet d'un développement anormal du tissu adipeux dans le scrotum.

La hernie parcourt donc quatre périodes, et il est rare qu'elle en franchisse deux ou trois à la fois. M. Malgaigne n'a jamais rencontré une hernie, jusque là inaperçue du malade, arriver par un effort jusque dans le scrotum; il a vu deux ou trois cas où elles avaient franchi l'anneau du premier coup; mais il se demande si avant ce dernier effort, il n'y avait pas déjà une pointe ou une hernie interstitielle.

« Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, continue ce chirurgien, c'est que je ne connais pas un seul exemple de hernie d'adulte ou de vieillard qui se soit étranglée au moment même de son apparition. » (*Loc. cit.*, p. 67.)

Ces cas existent cependant, mais ils sont rares, et tout en enlevant à l'opinion de M. Malgaigne une valeur absolue, ils lui laissent cependant un grand caractère de généralité, avec seulement quelques exceptions à côté.

La hernie congénitale trouvant un sac tout formé, se produit plus souvent d'une manière brusque.

Une fois dans le canal, la hernie (la hernie oblique externe que nous prenons toujours pour type) s'y présente sous la forme d'une tumeur oblongue étendue d'un orifice du canal à l'autre, et, comme dit Scarpa, dans la direction d'une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure à celle du pubis.

Après qu'elle a franchi l'anneau externe, souvent au niveau de cet anneau, elle offre un rétrécissement qui le divise en deux renflements, l'un dans le canal et l'autre au dehors.

Nous avons vu que la hernie en vieillissant dilatait le canal et pouvait dissocier les éléments du cordon; elle détermine aussi quelquefois une sorte d'hypertrophie du cordon ou son induration. La gêne qu'elle entraîne dans la circulation veineuse du cordon amène assez souvent un certain degré de varicocèle et d'hydrocèle, dernière complication qui n'est cependant pas commune.

L'épididyme et le testicule augmentent de volume et de poids; le scrotum lui-même participe à cette altération, et la graisse qui s'y accumule peut, comme nous l'avons dit, effacer le sillon circulaire qui sépare la hernie du testicule et en imposer à un chirurgien non prévenu.

Voici comment M. Vidal (de Cassis) résume les symptômes de cette hernie :

« La hernie inguinale oblique externe, dans les premiers temps de son existence, a un pédicule allongé, oblique, comme le canal qu'elle parcourt; mais quand elle est longtemps abandonnée à elle-même, les

deux orifices du canal se dilatent, et comme les parois se raccourcissent à proportion, ces orifices semblent marcher l'un vers l'autre, pour se joindre et ne former qu'une seule ouverture, qui aurait alors deux anneaux : l'orifice supérieur cède par son côté interne, l'inférieur par le côté externe; le pédicule de la hernie devient large, et perd aussi son obliquité. Cependant l'orifice supérieur du canal n'arrive pas tout à fait vis-à-vis l'anneau du grand oblique; son bord interne, formé par l'aponévrose de terminaison des muscles petit oblique et transverse, confondu avec le *fascia transversalis*, forme au-dessus de l'anneau, un peu en dehors du bord interne de cette ouverture, une arcade résistante que le doigt reconnaît facilement, et cette arcade peut contribuer à produire l'étranglement. Dans les hernies externes anciennes, dont le pédicule large est devenu presque direct, la portion des vaisseaux épigastriques qui contourne le collet du sac est rapprochée de la ligne médiane et décrit une courbe. Quand le canal est ainsi dilaté et transformé en un double anneau, le pédicule de la hernie oblique présente le même aspect que celui de la hernie directe. Si l'on veut se faire une idée de la transformation du canal inguinal en un double anneau et du déplacement de l'artère épigastrique, qu'on suppose le canal parcouru par une corde dont l'extrémité interne ou abdominale serait tirée vers la ligne médiane et l'extrémité externe vers l'épine iliaque antérieure et supérieure : bientôt cette corde, qui sortirait de l'abdomen par une voie oblique, en traverserait presque directement les parois. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 467, 2e édit.)

Les symptômes fonctionnels et les autres troubles qu'entraîne cette hernie rentrant dans la description générale, nous ne devons pas nous y arrêter ou y revenir ici.

Le complément des signes d'une variété de la hernie oblique externe, nous voulons parler de la variété congénitale, trouvera naturellement sa place au diagnostic. Il en sera de même pour les hernies directe, oblique interne et interstitielle.

Diagnostic des hernies inguinales. — Nous avons commencé l'exposé des caractères anatomiques par ceux que présente la hernie congénitale ou vaginale, parce que c'est la variété la plus simple, la plus facile à concevoir, et que, par cette circonstance, si elle n'existe pas réellement à la naissance, elle se rattache cependant à une disposition originelle, et qu'à ce titre encore elle devait figurer en première ligne. Mais ici le côté pratique de la question doit l'emporter, et comme c'est la hernie oblique externe qui est la plus commune, que c'est elle qui sert de type auquel on rapporte les autres variétés, c'est de son diagnostic que nous allons d'abord traiter, en l'empruntant à A. Cooper, qui l'a tracé de main de maître.

A. Cooper expose ainsi le diagnostic différentiel de la hernie inguinale oblique externe :

« Plusieurs maladies de l'aine et du scrotum sont susceptibles d'être confondues avec la hernie inguinale; aussi existe-t-il peu de chirurgiens qui aient vu beaucoup de hernies sans avoir été témoins de méprises fréquentes commises même par des praticiens exercés : c'est par suite de semblables méprises qu'on a vu prescrire l'emploi d'un bandage, dans des cas où il était non seulement inutile, mais même dangereux.

» L'hydrocèle de la tunique vaginale du testicule ressemble à la hernie sous le rapport de la forme, mais elle s'en distingue par les circonstances suivantes :

» L'hydrocèle débute à la partie inférieure du scrotum; son accroissement s'effectue de bas en haut vers l'anneau inguinal; elle enveloppe le cordon spermatique et le testicule de manière à masquer ces parties et à les empêcher d'être facilement reconnues au toucher, tandis que dans les cas de hernie, on peut en général les reconnaître facilement à la partie postérieure de la tumeur. L'hydrocèle présente de la fluctuation, ne se dilate point par la toux, et offre une demi-transparence quand on place la tumeur entre l'œil et une bougie allumée.

» J'ai cependant rencontré des cas d'hydrocèle, dans lesquels il était extrêmement difficile de caractériser la maladie, quand l'hydrocèle a acquis un volume assez

considérable pour s'étendre à travers l'anneau inguinal jusque dans l'abdomen ; elle présente absolument la même forme que la hernie et se dilate de même pendant la toux, ce qui dépend de la pression brusque exercée dans l'effort de la toux sur la portion de la tumeur placée au-dessus de l'anneau. La transparence, la fluctuation, la manière dont s'est développée la tumeur qui a procédé de bas en haut, sont alors les seuls caractères distinctifs.

» Quelquefois on voit dans le scrotum une tumeur qui descend pendant l'attitude verticale, rentre dans la position horizontale, s'accroît par la toux, présente de la transparence et de la fluctuation. Cette maladie consiste dans la présence d'une collection aqueuse qui se déplace de la cavité de l'abdomen vers celle de la tunique vaginale, et *vice versâ*, et qui résulte de ce que l'ouverture de communication entre ces deux séreuses ne s'est jamais oblitérée. Quand cette maladie est compliquée d'ascite, elle peut acquérir un volume énorme. Elle est facile à distinguer de la hernie, à cause de sa transparence, qui peut toujours être reconnue.

» Quelquefois un liquide s'accumule dans un kyste sur le trajet du cordon (*hydrocèle du cordon*) : quand le kyste est tout entier au-dessous de l'anneau, l'absence de toute connexion avec l'abdomen le fait facilement distinguer de la hernie ; mais il n'en est plus ainsi quand il s'étend à travers l'anneau jusque dans la cavité abdominale. Lorsque la situation de la tumeur ne permet pas d'en déplacer la transparence, et lorsque la fluctuation y est douteuse, on ne doit procéder à l'opération qu'avec les précautions les plus grandes.

» Je fus appelé auprès d'un enfant traité par M. Clarck : il portait à la partie supérieure du scrotum une tumeur qui s'étendait à travers l'anneau jusque dans l'abdomen, en suivant le trajet du cordon. Le père du jeune homme malade désirait qu'on le débarrassât de cette maladie ; mais la tumeur ne faisait pas assez de saillie pour qu'il me fût possible de décider si elle offrait de la fluctuation et de la transparence. Toutefois, comme elle s'opposait à ce que l'enfant pût se livrer à ses occupations habituelles, je résolus de faire une incision sur la tumeur avec les plus grandes précautions. Lorsque j'eus mis à nu la surface du kyste, je trouvai les vaisseaux spermatiques placés au-devant de lui, et je fus obligé, pour les éviter, d'inciser la tumeur sur un de ses côtés. Le kyste renfermait une portion de l'intestin grêle qui adhérait de toutes parts à sa surface interne, et qui n'avait pu, à cause de cette adhérence, être ramené dans l'abdomen ; on pouvait reconnaître le canal déférent à la partie postérieure du sac. Il s'agissait d'une de ces hernies dont le sac se glisse entre les vaisseaux spermatiques et le canal déférent.

» Ce serait l'effet d'une grande inattention que de confondre une hernie avec un engorgement du testicule. Ce dernier, en effet, se reconnaît facilement, non seulement à l'absence des symptômes qui caractérisent la hernie, mais encore à des signes positifs qui se tirent de la forme du testicule, laquelle se conserve même dans un gonflement considérable de cet organe, du poids de la tumeur, de la douleur dont elle est généralement accompagnée, et de cette sensation *sui generis*, insupportable, que la pression y détermine constamment.

» L'hématocèle ou l'épanchement de sang dans la tunique vaginale présente la même forme que la hernie et peut être confondue avec elle. Mais la consistance de la tumeur dans l'hématocèle, la rougeur de la peau, l'absence de dilatation par la toux, et, dans tous les cas, l'absence de gonflement du cordon à l'anneau inguinal, permettent ordinairement de distinguer l'hématocèle de la hernie.

» Mais il n'est point de maladies qui aient été plus souvent confondues avec les hernies, que le varicocèle ou gonflement des veines spermatiques. Souvent j'ai vu des personnes, et même des enfants qui appartenaient à des médecins, porter pour une prétendue hernie un bandage, qu'ils croyaient mal appliqué, parce qu'il leur causait de la douleur et qu'il n'empêchait pas la tumeur de descendre. Dans ces cas, il m'était facile de reconnaître que les malades étaient atteints d'un varicocèle.

» Le varicocèle offre, en effet, plusieurs des caractères de la hernie. Quand son volume est considérable, il s'accroît par la

toux ; de même que la hernie, il s'affaisse dans la position horizontale, et reparaît dans l'attitude verticale. Sa première apparition se fait près de l'anneau inguinal. Le seul moyen de reconnaître la maladie d'une manière décisive consiste à placer le malade dans la position horizontale. On vide alors la tumeur en exerçant une compression sur le scrotum ; mais, appliquant les doigts avec force à la partie supérieure de l'anneau inguinal, on prescrit au malade de se lever : s'il y a hernie, la tumeur ne peut reparaître, tant que la pression est continuée ; mais s'il y a varicocèle, la tumeur reparaît lentement et acquiert même un volume plus considérable, dû à ce que la pression exercée au-dessus de l'anneau empêche le retour du sang vers l'abdomen. Le diagnostic est encore éclairé par la sensation particulière que fait éprouver aux doigts le varicocèle. On croirait, en effet, sentir en l'explorant un faisceau de cordes adhérent à la partie externe du testicule.

» Il y a des cas plus compliqués qui exigent un haut degré d'attention et de jugement. Quelquefois, par exemple, la hernie est compliquée de l'hydrocèle de la tunique vaginale ; d'autres fois, le sac renferme l'épiploon adhérent à sa partie supérieure, pendant qu'une collection aqueuse s'est formée au-dessus de ces adhérences, dans la cavité du sac. Si l'adhérence de l'épiploon est complète, on peut sans danger tenter la cure de l'hydrocèle par injection. Néanmoins, lorsqu'avant l'opération il a été bien reconnu qu'on a affaire à un cas de ce genre, il est préférable de recourir à la méthode par incision.

» Obs. 2. John Buby, marin, âgé de vingt ans, entra à l'hôpital Saint-Thomas le mardi 3 janvier 1815, pour une hernie scrotale, qu'il ne pouvait plus réduire depuis le vendredi précédent. Il fit connaître les détails suivants sur sa maladie.

» A l'âge de neuf ans, il avait eu un catarrhe accompagné de toux très violente, et il fut pris, au moment où il descendait dans l'écoutille d'un vaisseau, d'une quinte de toux qui détermina la production d'une hernie, pour laquelle, d'après l'avis d'un chirurgien, il porta un bandage pendant quelques années. Mais ce bandage lui paraissant incommode, il s'adressa à un homme qui lui conseilla de l'abandonner entièrement à l'âge de vingt ans s'il n'était pas, à cet âge, guéri de sa hernie ; il suivit ce conseil, et n'éprouva rien de fâcheux jusqu'au vendredi qui précéda son entrée à l'hôpital, époque où il lui devint impossible de la réduire comme il l'avait toujours fait, dans la position horizontale. Le malade avait le hoquet et ne pouvait supporter la plus légère pression sur l'abdomen ; le pouls était à 150. Les moyens ordinaires de réduction ayant échoué, on recourut à l'opération, qui fut pratiquée par Henry Cline, dans le service duquel le malade était placé. En incisant ce qu'on avait supposé être le sac herniaire, on donna issue à un liquide semblable à celui de l'hydrocèle. C'était, en effet, un cas d'hydrocèle, car on avait ouvert la tunique vaginale. En dilatant légèrement cette ouverture, on rencontra une tumeur dont les parois avaient, comme on s'en assura plus tard, d'un huitième à un quart de pouce d'épaisseur. Il sortit de cette tumeur un liquide semblable au premier pour la couleur, mais très fétide. Cette tumeur était formée par la tunique vaginale du cordon, dont l'aspect avait été considérablement altéré par la disposition d'une couche épaisse de lymphe qui lui donnait l'apparence du caoutchouc (*Indiarubber*).

» L'intestin avait contracté des adhérences solides avec les parties environnantes. Le doigt suffit pour faire cesser l'étranglement. M. Cline, craignant de déterminer une inflammation trop vive, ne crut pas devoir essayer de rompre les adhérences d'une manière assez complète pour pouvoir réduire l'intestin. La plaie fut pansée à plat ; le malade fut reporté dans son lit ; il éprouva quelques douleurs abdominales, que l'on combattit par des fomentations. Il ne tarda pas à entrer en convalescence, et quitta l'hôpital complétement rétabli, portant un bandage à pelote concave pour soutenir le scrotum.

» Quelquefois les difficultés peuvent être encore plus grandes. J'ai vu, à l'hôpital de Guy, un nommé Sereeman qui avait de chaque côté une maladie du testicule et une hydrocèle communiquant avec l'abdomen ; il avait en outre une hernie volumineuse à gauche, et une plus petite à droite.

» J'ai vu deux fois des tumeurs stéatomateuses prises pour des hernies ; l'un de ces cas s'est présenté chez un enfant qui me fut apporté à ma consultation ; l'autre, chez un homme d'environ soixante ans, dont je fis l'autopsie. Ce dernier, d'après l'avis de son médecin, qui croyait à l'existence d'une hernie épiploïque, avait porté un bandage pendant quelques années. La tumeur était molle et faisait éprouver au toucher la même sensation qu'un épiploon flasque et sans adhérences. Elle était située sur l'anneau inguinal, exactement dans l'endroit occupé ordinairement par la hernie. » (A. Cooper, *OEuvres chirurgicales*, p. 192.)

On distinguera la *hernie inguino-interstitielle congénitale* de la hernie accidentelle par l'absence du testicule dans le scrotum et par sa présence dans le canal, où le toucher et la sensibilité particulière de l'organe à la pression le feront aisément reconnaître, surtout après la réduction de la hernie.

Dans la *hernie scrotale congénitale*, le scrotum est court, plus large en haut qu'en bas ; disposition inverse de celle qui existe dans la hernie accidentelle.

« Mais le trait caractéristique de la hernie congénitale, telle qu'elle se présente le plus ordinairement, consiste en ce que le testicule, qui dans la hernie inguinale commune est distinct du sac herniaire au-dessous duquel il est situé, se trouve, dans la hernie congénitale, confondu avec les parties que renferme le sac herniaire au point d'en être assez difficilement distingué.

» Un des signes distinctifs de cette hernie, c'est la descente soudaine et en bloc de la hernie, ainsi qu'on en voyait un exemple dans le cas qui se présenta à l'hôpital Saint-Thomas, et que j'ai mentionné ci-dessus. Dans la hernie inguinale ordinaire, le sac se forme lentement, le péritoine s'allonge, et l'intestin descend graduellement dans le scrotum ; mais dans la hernie congénitale la tunique vaginale restant ouverte à sa partie supérieure, il se forme avec promptitude un sac qui reçoit l'intestin lorsqu'un exercice ou une violence subite rompt les adhérences qui se trouvent à l'entrée du canal par lequel la tunique vaginale communique avec la cavité du péritoine.

» En 1817, j'ai opéré un jeune homme qui, en soulevant un tonneau de sucre, vit se former tout à coup une hernie scrotale qui paraissait pour la première fois. C'était trente-six heures avant son entrée à l'hôpital ; à l'ouverture du sac, on reconnut que la hernie était congénitale.

» En outre, comme l'aspect général de cette tumeur rappelle celui de l'hydrocèle, il faut beaucoup d'attention pour apprécier tous les autres signes propres à chacune des deux maladies. Quelquefois de la sérosité, s'étant formée dans la cavité péritonéale, descend en même temps que la hernie, et détermine à la partie la plus déclive de la tumeur une transparence qui porte à penser qu'il s'agit de l'hydrocèle. Cette complication de la hernie congénitale peut être connue de la manière suivante : Le malade étant dans la position horizontale, on fait rentrer dans l'abdomen tout ce que renfermait la tumeur ; si alors on place le doigt dans l'anneau inguinal, la sérosité seule revient dans le fond du scrotum, et produit une tumeur transparente ou une véritable hydrocèle ; si, après cela, on diminue un peu la pression qu'exerce le doigt à l'anneau, et si l'on fait tousser le malade, on sentira l'intestin et l'épiploon sortir de nouveau et reprendre leur situation primitive. » (A. Cooper, *loc. cit.*, p. 229).

La *hernie funiculaire* et *enkystée* n'a pas de caractères qui la fassent souvent distinguer de la hernie accidentelle.

La *hernie directe* diffère de l'oblique externe en ce qu'au lieu d'avoir une direction oblique parallèle à celle du canal inguinal et une forme cylindrique, elle sort du ventre directement, en soulevant même quelquefois le pilier interne de l'anneau, au-devant duquel elle constitue une tumeur globuleuse qui peut grossir beaucoup sans se porter au fond des bourses. Le cordon, au lieu d'être situé au côté interne postérieur, est au côté externe, où il se reconnaît facilement ; car, dans cette variété, les éléments du cordon ne sont jamais séparés.

« Elle en diffère enfin en ce qu'on la réduit facilement par une pression directe, et qu'après la réduction on peut reconnaître dans l'ouverture abdominale un simple anneau pénétrant directement dans la cavité ventrale. On notera cependant

que la hernie directe et la hernie oblique se distingueront bien l'une de l'autre tant qu'elles seront récentes. Mais si en vieillissant, la première grossit beaucoup et gagne le fond des bourses, il devient fort difficile de la distinguer d'une hernie oblique ancienne ; car, comme je l'ai déjà démontré, par le rapprochement de ses deux orifices le canal inguinal est transformé en une ouverture annulaire. Mais, dans ces cas, si l'on réduit bien la hernie, en enfonçant le doigt dans l'anneau on sent battre l'artère épigastrique en dedans, vers le pubis, si la hernie est *oblique*, en dehors, vers l'épine iliaque, si la hernie est *directe*. C'est M. Maisonneuve qui m'a indiqué ce point de diagnostic, que je n'ai pas encore vérifié. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 471.)

Ce qui caractérise la *hernie oblique interne*, c'est la direction ordinaire de son pédicule en bas et de dedans en dehors ; ce sera au moins une présomption en faveur de cette hypothèse, que la hernie est oblique interne et non directe.

Pronostic des hernies inguinales. — La hernie inguinale est bien moins grave dans l'enfance qu'aux autres âges ; dans le premier cas, une contention exacte amène presque constamment une guérison radicale. Cette guérison s'explique par l'allongement du canal inguinal pendant le développement du bassin.

La présence du testicule dans l'anneau ajoute à la gravité du pronostic en rendant la contention difficile.

Complications des hernies inguinales. — Tout ce que nous avons dit dans les généralités sur les sacs multiples, superposés, juxtaposés, etc., s'appliquait principalement à la hernie inguinale ; nous avons indiqué ailleurs le varicocèle, l'hydrocèle, l'engorgement du cordon, du testicule, et, dans la hernie congénitale, l'atrophie de la glande spermatique, etc. ; il est donc inutile de revenir ici sur les complications. Nous allons en examiner un autre ordre, décrit sous le nom d'*accidents*, qui ne sont effectivement au fond que des complications.

Accidents des hernies inguinales. — Parmi les accidents des hernies inguinales, il n'y a que l'étranglement qui comporte des considérations particulières qui n'aient pas dû trouver place dans les généralités. Les trois principaux agents de l'étranglement sont ici l'anneau interne, l'anneau externe et le collet du sac.

Au point de vue du diagnostic de l'étranglement, outre les causes d'erreur communes à toutes les hernies, il y en a surtout deux spéciales pour la hernie inguinale. La hernie interstitielle étranglée peut être confondue avec le phlegmon sous-aponévrotique de cette région de la paroi abdominale, phlegmon qui peut entraîner la constipation et des vomissements ; il est bien vrai qu'en général les symptômes du phlegmon n'auront pas la marche rapide de l'étranglement ; cependant, dans plus d'un cas, la méprise serait possible.

Le phlegmon du cordon en a assez fréquemment imposé pour la hernie étranglée, et en croyant ouvrir le sac on n'est arrivé que dans un abcès. On trouvera le moyen d'éviter cette méprise dans les antécédents et dans la marche comparée des deux affections ; on n'oubliera pas que l'étranglement éclate la plupart du temps avec beaucoup plus de violence que le phlegmon. Du reste, en cas de doute, on doit opérer avec les mêmes précautions que si l'on était certain d'avoir affaire à une hernie étranglée.

Un autre point qui se rattache encore au diagnostic de la hernie inguinale étranglée, c'est la complication d'une sérosité abondante dans la tunique vaginale, dans le col de laquelle l'intestin est étranglé. Nous allons rapporter un fait qui met parfaitement en relief et la difficulté, et le moyen de la lever. Les réflexions qui suivent cette observation étant d'une haute importance pratique, nous nous faisons également un devoir de les reproduire.

Obs. 3. « Le nommé Buisson (Auguste) est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 2 mars 1842, dans la salle Saint-François, n° 11. Ce garçon, âgé de vingt et un ans, est d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique. Jamais, avant son entrée à l'hôpital, ce malade ne s'était aperçu que la région inguinale gauche fût le siége d'une tuméfaction même légère ; les bourses lui avaient toujours paru avoir le même volume à droite et à gauche, et jamais il n'avait ressenti de douleurs dans cette région.

» Dans la journée du 2 mars, ce jeune homme, en faisant un effort pour soulever un fardeau, ressentit une douleur vive dans la région inguinale gauche, et en même temps il reconnut qu'il s'était développé dans cette partie une tumeur de la grosseur d'un marron. Aucune tentative de réduction ne fut faite avant l'entrée de ce malade, qui fut apporté dans la journée. Après son entrée à l'hôpital, on cherche vainement à réduire la tumeur; un bain est prescrit, et le taxis est renouvelé avec insuccès pendant que le malade est dans l'eau. Un cataplasme est appliqué sur la tumeur. Dans la soirée, on cherche inutilement à réduire; les nausées et les vomissements se déclarent; un lavement purgatif est administré. Pendant la nuit, le malade éprouve des douleurs violentes; il a des vomissements de matières liquides et verdâtres; cependant il a une selle liquide mêlée à quelques grumeaux de matières fécales solides.

» Le 3, il présente l'état suivant : Dans la région inguinale gauche, on trouve une tumeur d'apparence bilobée; elle a le volume d'un gros œuf, tandis qu'au moment de l'accident elle présentait à peine celui d'un marron. Cette tumeur est tendue, douloureuse au toucher vers l'anneau inguinal externe; par son extrémité supérieure, elle se continue avec une corde également douloureuse, qui a son siége dans le canal inguinal; la base de cette tumeur est arrondie, indolente, excepté à la partie postérieure, inférieure et interne, où la pression détermine une douleur violente. On cherche vainement des traces de séparation entre le testicule et la tumeur; la percussion pratiquée sur le point tuméfié donne un son mat. Le ventre est souple, non douloureux, et l'on ne sent pas de corde tendue partant du canal inguinal. De nouvelles tentatives de taxis sont vainement pratiquées. Le malade est toujours fatigué par les nausées; cataplasmes sur la tumeur, diète; l'opération est faite quelques heures plus tard.

» La tumeur a encore augmenté de volume depuis le matin; une incision est pratiquée sur la face antérieure de la tumeur; les différentes couches sont disséquées avec les précautions ordinaires; le sac est ouvert avec la pointe du bistouri, et aussitôt une grande quantité de sérosité jaillit sous forme de jet par cette petite incision; l'ouverture est agrandie avec des ciseaux, et les parties herniées sont alors à découvert. Au milieu d'un liquide séreux, sanguinolent, on voit une masse jaunâtre, occupant la partie supérieure du sac; cette masse est dure au toucher, et elle se continue supérieurement avec le cordon signalé dans le canal inguinal. Il est impossible d'étendre cette masse épiploïque, qui semble former un tout homogène, non séparable sans rupture. A la partie inférieure et sur les parois du sac se trouve un corps de forme ovalaire, d'un blanc cendré, présentant des vascularisations à sa périphérie; son volume est celui d'un œuf de perdrix. On reconnaît facilement que ce corps est le testicule. En soulevant la masse épiploïque, on ne trouve pas d'intestin; le doigt est introduit avec facilité dans le canal inguinal; vers l'orifice interne, on croit sentir sous la pulpe du petit doigt une petite tumeur arrondie, lisse, qui, sous l'exploration, fuit dans la cavité abdominale; le doigt, en la suivant, pénètre dans l'abdomen.

» Après l'opération, tous les symptômes d'étranglement ont disparu; le malade est dans un calme parfait. L'épiploon est laissé non réduit à l'extérieur. Pansement simple; fomentations sur l'abdomen; diète absolue; infusion au tilleul.

» Le 4, le malade est dans un état satisfaisant: le ventre est souple, non douloureux à la pression; le pouls donne quatre-vingt-quatre pulsations; la chaleur de la peau est légèrement élevée; la langue est blanche, humide. Le malade n'a pas eu de selles depuis l'opération; lavement purgatif.

» Le 5, le malade a eu deux selles dans la journée du 4. L'état général est excellent; la plaie a un bon aspect; l'épiploon hernié est rouge, tuméfié.

» La maladie n'a rien présenté de particulier dans sa marche ultérieure; l'épiploon s'est affaissé peu à peu, et la plaie s'est cicatrisée à la manière des plaies qui suppurent. »(Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. V, p. 362.)

Voici les réflexions dont M. Demeaux fait suivre ce fait.

« On voit dans l'observation qui précède

que la tumeur herniaire, au moment de sa formation, avait à peine le volume d'une châtaigne, tandis qu'au moment de l'opération elle présentait le volume d'un gros œuf. Cet accroissement rapide de la tumeur après l'étranglement n'est pas mentionné et n'existe pas, en effet, ordinairement dans les hernies. Cette circonstance, qui jusqu'ici a été une cause d'erreur, doit, au contraire, devenir un élément important pour le diagnostic et pour le traitement. Examinons ce phénomène dans ses causes et dans sa nature.

» Lorsqu'une tunique vaginale communique avec le péritoine au moyen d'une ouverture qui, pendant plusieurs années, ne se sera pas laissé pénétrer par les organes, cette dernière, trop résistante, ne se laissera pas dilater subitement; trop étroite, elle ne pourra admettre qu'une petite portion d'intestin ou même, comme on l'a vu souvent, une partie seulement du calibre de ce tube, circonstance qui apporte, comme nous le verrons plus tard, de nouvelles difficultés dans le diagnostic. La portion d'organe herniée ne sera donc pas en rapport de volume avec la capacité de la tunique vaginale, mais avec le diamètre de son collet. Au moment de l'effort, l'organe hernié pourra être si peu volumineux, qu'il échappera à l'attention du malade et quelquefois même du chirurgien. Mais cette portion ainsi étranglée deviendra bientôt le siége d'une exhalation séreuse considérable, qui ne tardera pas à distendre la tunique vaginale, présentant tous les caractères d'une hydrocèle, comme on le voit dans l'observation précédente, et pouvant ainsi en imposer à des chirurgiens qui ne seraient pas instruits de ces faits. La présence du liquide doit aussi devenir une indication pour ne pas différer l'opération du débridement. Dès que l'exhalation séreuse a distendu le sac herniaire, toute tentative de taxis devient à peu près inefficace; la pression, agissant sur le liquide et non sur l'intestin lui-même, est presque toujours sans résultat. Une autre circonstance dont il faut tenir compte, c'est que l'étranglement a lieu très près de la cavité péritonéale, derrière les muscles de l'abdomen. Comme la tumeur ne peut pas être fixée pendant l'opération du taxis, elle se cache derrière les muscles, refoule les parties mobiles qui l'entourent, et échappe ainsi aux tentatives les plus méthodiques. Ce que je viens de signaler pour la hernie congéniale peut aussi avoir lieu dans une hernie accidentelle. Plusieurs malades, après avoir porté longtemps un bandage, l'ont abandonné parce qu'ils se croyaient complétement guéris, et ont vu tout à coup la hernie se reproduire et s'étrangler. Les nombreuses observations de cette nature, la gravité des accidents, montrent combien les chirurgiens ont eu raison de conseiller l'application continuelle et non interrompue du brayer, même longtemps après que la guérison paraît complète; car le phénomène qui tend à produire une guérison radicale devient une source d'accidents formidables. Aussi, combien un chirurgien célèbre, et qui avait traité cette matière, avait raison de dire qu'il *valait mieux pour un hernieux vendre sa chemise que son bandage*. Les hernies qui s'étranglent dans de pareilles conditions présentent encore des circonstances particulières que je vais essayer de faire connaître. Dans ce cas, comme dans la hernie congéniale, le volume de l'organe hernié n'est nullement en rapport avec la capacité du sac, mais avec l'étroitesse de l'ouverture. Dans ces hernies, il existe aussi une augmentation plus ou moins considérable de la tumeur, à partir du moment de l'étranglement.

» La plupart des observations consignées dans les auteurs manquent complément de détails. Il n'en est pas moins démontré que le liquide, quelquefois très abondant, qu'on a trouvé dans certaines hernies, n'existait pas au moment de l'étranglement, mais qu'il était la conséquence de cet accident. N'est-il pas rationnel d'admettre, quoiqu'il n'en soit pas fait mention, que ce liquide a augmenté d'autant le volume de la tumeur, comme on le voit dans l'observation de M. Bérard, comme j'ai pu le constater aussi moi-même dans deux cas? Ce que j'ai dit précédemment, concernant le diagnostic et le traitement de la hernie congéniale, s'applique aussi à cette dernière. Mais, une chose qu'on n'observe pas dans la *hernie accidentelle de la tunique vaginale*, et qui appartient exclusivement, soit à la hernie congéniale proprement dite, soit à

la hernie accidentelle, c'est le volume moins considérable de la tumeur, comparativement à ce qu'elle a été précédemment. (On n'a pas de termes de comparaison dans la hernie qui s'étrangle au moment où elle se manifeste.) Cette circonstance pourrait induire en erreur, et laisser le chirurgien et le malade dans une sécurité trompeuse. J'ai vu une hernie qui présentait cette disposition : elle avait pendant longtemps énormément distendu le scrotum, et l'application méthodique d'un bandage l'avait empêchée de se reproduire, lorsque quelques mois après, pendant un accès de toux, la hernie ressortit malgré ce bandage, et s'étrangla immédiatement; elle avait à peine le quart de son volume primitif, et si l'étranglement eut lieu dans ce cas, c'est que l'ouverture s'était considérablement rétrécie. » (Demeaux, *Annal. de chirurg.*, t. V, p. 362.)

Reste encore, au sujet de l'étranglement, un point important à éclaircir, c'est le diagnostic du siége précis de l'étranglement.

A l'ouverture externe du canal, l'étranglement se reconnaît à une sorte de collet tendu et serré au niveau de l'anneau; à la fixité de la tumeur, immédiatement au-dessous; à la dureté, à la mollesse et à la dépressibilité des viscères placés au-dessus, ou vers la fosse iliaque; à la douleur que cause la pression en ce point; à l'impossibilité de trouver le moindre vide entre le cordon ou la racine de la hernie et les piliers de l'anneau externe.

Dans l'étranglement par l'anneau interne, l'anneau externe est libre, c'est-à-dire très peu serré sur les organes qui le traversent, tandis que ces organes sont eux-mêmes à ce niveau, et plus haut dans le canal, tendus et douloureux. Lorsque la hernie est complète, le taxis la fait rentrer par l'anneau externe, mais elle ressort aussitôt; la hernie ne s'est réduite que dans le canal, sans en franchir l'anneau supérieur qui l'étrangle. Cette réduction apparente ne s'accompagne pas de gargouillement, et les viscères n'abandonnent le scrotum que pour augmenter la tumeur contenue dans le canal inguinal.

Est-ce au collet du sac que siége l'étranglement, on trouve ordinairement l'anneau externe libre comme dans le cas précédent; mais le canal inguinal lui-même n'est pas plus distendu que dans l'étranglement par l'ouverture antérieure du canal. Si la tumeur semble rentrer, c'est pour aller se loger sous le péritoine de la fosse iliaque (Velpeau).

« A l'intérieur du scrotum, l'étranglement se distinguerait en ce que les anneaux, ainsi que le canal, paraissant libres, la tumeur herniaire reste cependant irréductible; en ce que le point le plus douloureux n'est alors ni à l'ouverture postérieure, ni à l'ouverture antérieure du canal inguinal, mais bien vers l'une des régions du scrotum proprement dit. Quant à savoir alors si l'étranglement est produit par une déchirure du sac, par une éraillure de la tunique vaginale, par quelques brides ou quelques perforations épiploïques, par une torsion de l'intestin sur lui-même, par le collet de quelque ancien sac, cela paraît complétement impossible.

» La distinction des différentes sortes d'étranglement dans la hernie inguinale se réduit donc à peu près à ceci : 1° on peut dire si l'obstacle se trouve au-dessous du ligament de Fallope, ou bien sur quelques uns des points de la paroi abdominale; 2° dans cette dernière région, il est souvent possible de ne pas confondre l'étranglement par l'anneau externe avec celui que détermine l'anneau interne, ni ces deux derniers avec l'étranglement produit par le collet du sac. » (Velpeau, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XVI, p. 493.)

Traitement des hernies inguinales. — Le traitement *palliatif* de la hernie inguinale consiste dans l'application des bandages; et comme tout ce que nous avons dit des bandages dans les généralités sur les hernies s'applique surtout à la hernie inguinale, nous ne devons pas y insister ici, mais nous borner aux quelques considérations qui suivent :

La hernie, malgré l'avis opposé de quelques praticiens, doit être contenue le plus tôt possible chez les enfants; c'est le plus sûr moyen d'arriver à une guérison radicale qui la plupart du temps ne se fait pas attendre plus de six mois, un an, deux ans au plus tard. Comme à cet âge il est difficile de tenir un brayer exactement appliqué, il peut convenir d'employer le moyen indiqué par M. Lawrence, moyen

qui consiste à fixer sur l'anneau des plaques graduées, à l'aide de longues bandelettes de diachylon, qui entourent le bassin et la racine de la cuisse.

La pelote du brayer doit porter, non point sur l'anneau externe seulement, mais encore et principalement sur l'orifice supérieur du canal et sur le canal lui-même, ainsi que A. Cooper le recommande depuis longtemps, et que Thomson et M. Malgaigne l'ont répété depuis. De cette façon, la pression de la pelote est moins pénible et plus efficace. Le canal, ne pouvant plus recevoir les viscères réduits, a plus de tendance à revenir sur lui-même et à s'opposer ainsi au retour de la hernie.

Dans la hernie congénitale, il peut arriver que le testicule reste dans le canal au-dessus des viscères déplacés, ou que ceux-ci l'entraînent en rentrant dans le ventre; alors l'application du bandage peut offrir de la difficulté. S'il est possible de fixer la pelote sur l'anneau ou le canal inguinal entre le testicule et la hernie réduite, on suivra cette pratique. Si, au contraire, le testicule ne remontait que jusqu'à l'anneau, ou si rien ne pouvait le faire rentrer au delà du canal inguinal, la pression du bandage serait trop à redouter pour cet organe, et la prudence en repousse alors l'application.

Un cas assez embarrassant, et qui s'est plusieurs fois présenté est celui-ci : Un filament épiploïque adhère au testicule; l'un ne peut remonter ou descendre sans l'autre; la hernie ne peut rentrer sans que le testicule en souffre, et le testicule ne peut reprendre sa place sans ramener la hernie. C'est le cas de Zimmermann. Fatigué de ses souffrances, il se soumit à une opération qui fut pratiquée par Smuéker; le sac fut ouvert et la bride coupée, et la hernie fut réduite. Les accidents qu'éprouva Zimmermann pendant plusieurs semaines commandent ici une extrême réserve : il ne faudrait, en un mot, pratiquer cette opération que si l'état de souffrance du sujet la rendait nécessaire.

Si la hernie est irréductible, on se sert d'une pelote concave ou d'un suspensoir, suivant le volume de la tumeur.

Cure radicale des hernies inguinales. — Ce que nous avons dit aux généralités s'appliquant surtout à la hernie inguinale, nous nous contenterons de renvoyer à cet article, et de rappeler le point doré et la suture royale, procédés barbares et inefficaces d'ailleurs, qui n'appartiennent plus qu'à l'histoire de l'art. Nous ajouterons que le moyen de M. Velpeau, l'injection iodée, paraît devoir principalement s'appliquer à la hernie inguinale, en raison de la longueur du canal que la compression fermerait exactement pendant l'injection. Le danger de cette méthode pourra peut-être arrêter les chirurgiens; mais ce qui pourra les encourager, c'est le danger, plus évident encore, de l'étranglement auquel toute hernie est exposée; enfin c'est un moyen qui n'est pas encore jugé.

Traitement de la hernie inguinale étranglée. — Les moyens non opératoires n'offrant rien de particulier à cette hernie, nous passerons immédiatement à l'opération.

Elle a été faite dix fois chez les enfants, ainsi que cela résulte du relevé de M. Velpeau (*Dict. de méd.*, nouv. édit., t. XVI, p. 503); mais si elle est plus difficile à cet âge à cause du défaut de raison et par suite de l'indocilité des petits malades, elle n'exige qu'un redoublement d'attention et de précautions, mais aucunes règles spéciales. Nous n'avons donc qu'à la décrire d'une manière générale pour la hernie inguinale, en indiquant les modifications qu'elle comporte dans chaque variété. Nous la suivrons dans tous ses temps :

1° *Incision des téguments.* — Cette incision dépasse à ses extrémités de 10 à 12 millimètres le grand axe de la tumeur auquel elle est parallèle. Elle peut comprendre sans aucun danger, avec la peau, le *fascia superficialis*. Si l'artère tégumenteuse est divisée du même coup et donne du sang, on la tord ou on la lie.

2° *Incision des couches sous-cutanées.* — Si le chirurgien à qui ces opérations sont familières peut continuer d'agir avec le bistouri, comme pour la section des téguments, et couper ainsi successivement dans l'étendue d'environ deux pouces (Velpeau), le dartos et les lamelles fibreuses sous-jacentes; s'il doit ne s'arrêter que pour reconnaître le cordon, il est dans tous les cas plus prudent de saisir avec une bonne pince les lames à mesure qu'elles se présentent, et de les

couper en dédolant avec le bistouri, pour se servir ensuite de la sonde cannelée. C'est au moment de diviser l'enveloppe érythroïde qu'il importe de se rappeler les rapports du cordon spermatique. On le reconnaît facilement à sa teinte jaunâtre, à son volume et à sa dureté, si, comme M. Velpeau l'a vu trois fois, il serpentait de dedans en dehors ou de dehors en dedans, et d'arrière en avant, à la surface de la hernie. Dans ce cas l'incision devrait être continuée au-dessus et au-dessous, et non plus régulièrement, de manière à le trancher, ainsi que cela est arrivé (Hey).

3° Le sac découvert, il s'agit de l'ouvrir en suivant les préceptes que nous avons exposés plus haut.

4° Comme il est quelquefois difficile de savoir si la hernie est en dehors ou en dedans de l'artère épigastrique, on s'est beaucoup étudié à chercher un débridement applicable aux deux cas. Nous ne parlons point des sens divers donnés à l'incision par Verduc, Garengeot, Heister, qui la dirigeaient en dedans; Lafaye et Pott, qui la faisaient porter sur le côté externe; J.-L. Petit, qui débridait directement en haut: nous ne nous arrêterons point à ces doctrines divergentes, parce qu'alors qu'elles se disputaient la pratique, on n'avait point suffisamment distingué la hernie oblique externe de celles qui sont situées en dedans de l'artère épigastrique; faute de cette distinction, chaque chirurgien se laissait en quelque sorte aller à généraliser les cas que le hasard avait offerts en plus grande proportion à son observation.

Dès que Chopart et Desault eurent établi cette distinction, ils donnèrent le sage précepte de faire porter le débridement du côté opposé à celui où se trouvait le cordon, en dedans dans la hernie inguinale externe, en dehors dans les autres variétés. Cette pratique est excellente, mais on manque quelquefois de guide pour la tenir : on ne peut pas toujours reconnaître le cordon pendant l'opération. C'est cette difficulté qui a porté Scarpa, A. Cooper et Dupuytren à adopter le débridement en haut dans les cas douteux, en se fondant alors sur une connaissance parfaite des dispositions anatomiques des hernies inguinales.

« Par ce procédé, dit M. Vidal, on est presque sûr d'éviter l'hémorrhagie. Cependant le débridement en dehors est encore plus sûr quand on peut avoir la certitude que la hernie est externe : aussi les chirurgiens qui s'obstinent à ne faire qu'un seul débridement, auquel ils sont quelquefois obligés de donner une certaine étendue, feront-ils bien de le diriger en dehors et en haut, dans le cas de hernies externes récentes, au sujet desquelles il ne peut pas y avoir de doute; et dans les hernies congénitales, ils ne devront débrider directement en haut que dans le cas où il peut leur rester quelque doute sur le trajet suivi par la hernie. Quant à moi, qui pratique, dans les cas où il faut une large dilatation, plusieurs débridements très peu étendus, je puis les diriger sans crainte dans tous les sens : cependant je les pratique de préférence sur la moitié supérieure externe de l'ouverture abdominale, quand je crois avoir affaire à une hernie externe. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 484, 2e édit.)

M. Velpeau confirme en ces termes les préceptes de M. Vidal :

« Après tout, si le chirurgien conservait quelque doute, il existe une méthode qui pourrait mettre tout le monde à l'aise. Cette méthode, dont on doit la généralisation à M. Vidal, de Cassis (*Thèse de Paris*, 1828, n° 224), consiste à faire plusieurs incisions sur différents points de la circonférence de l'anneau. » (Velpeau, *Dict.*, *loc. cit.*, p. 510.)

Les divisions considérables ou d'autres anomalies de l'épigastrique, en rendant tous les débridements étendus dangereux, recommandent singulièrement le débridement multiple.

Lorsque, dans la hernie congénitale, le viscère n'adhère au testicule que par des filaments celluleux isolés ou des brides d'une certaine longueur, on coupe aisément ces adhérences; mais si ces adhérences sont intimes, c'est-à-dire à large surface et très courtes, on court le risque, en les détruisant, d'endommager l'intestin ou le testicule ; dans ce dernier cas on est obligé de laisser au dehors la portion adhérente de l'intestin. Si c'était l'épiploon on le couperait, et l'on réduirait ensuite.

Quant au pansement, après l'opération, nous rappellerons seulement ici que la plupart des chirurgiens ne réunissent pas

immédiatement, et que M. Velpeau sans condamner d'une manière absolue la réunion immédiate, signale cependant le danger de transformer ainsi le sac en une poche purulente qui peut se vider dans le péritoine. M. Serre et plusieurs chirurgiens anglais préconisent cependant cette méthode, qui a récemment procuré des succès dans nos hôpitaux. (*Voy.* Comptes rendus des séances de la Société de chirurgie de Paris, *Gazette des hôpitaux*, mai 1848.)

Nous terminerons par deux des rares exemples de blessure de l'épigastrique où l'hémorrhagie fut arrêtée par un moyen qu'il faudrait, en pareille circonstance, s'efforcer d'employer, la ligature.

« Obs. 4. James Prescott, âgé de vingt-sept ans, cocher, reçut d'un cheval, dans la matinée du 22 septembre, une ruade violente dans l'abdomen. Je le vis deux heures après l'accident, et je trouvai une hernie inguinale gauche, qui avait été produite par le coup; déjà elle avait atteint le scrotum. Je fis pendant longtemps, mais sans succès, des manœuvres très douces, dans le but de réduire cette hernie (*saignée, lavements laxatifs, repos parfait*); le soir, je recommençai les tentatives de réduction, avant et après l'emploi d'un lavement de tabac.

» Le lendemain 23, le malade avait passé une mauvaise nuit; il souffrait beaucoup, mais il n'avait eu ni vomissement ni hoquet, et n'avait que peu de fièvre. Sous l'influence des préparations d'opium, les douleurs devinrent moins vives, de telle sorte qu'à onze heures, époque à laquelle M. Giraud vit le malade, ainsi que je l'en avais prié, les symptômes n'étaient pas pressants. Il fut convenu qu'on attendrait; toutefois on renouvela la saignée, on prescrivit deux lavements de tabac pour la journée, une potion avec la teinture de digitale à haute dose, toutes les six heures; plusieurs tentatives de réduction furent encore faites dans la journée, mais ce fut sans résultat. Le soir, je laissai le malade assez bien et sans fièvre.

» Le 24, au matin, on vint me chercher avant le jour. L'état du malade s'était considérablement aggravé; la douleur, qui était devenue de plus en plus vive, depuis que je l'avais quitté, lui arrachait des cris aigus. Il y avait alors beaucoup de fièvre du hoquet et des vomituritions. L'abdomen était tendu et douloureux à la pression. Je fis immédiatement appeler M. Giraud, et aussitôt après son arrivée, je fis l'opération d'après le procédé indiqué par sir A. Cooper.

» A l'ouverture du sac, on trouva dans son intérieur une anse intestinale d'environ un pouce et demi, et une quantité considérable d'épiploon; il s'échappa une grande quantité d'un liquide brunâtre et fétide; l'intestin était d'une couleur brune noirâtre, offrant à sa surface deux taches d'apparence gangréneuse, l'une large comme une petite fève, l'autre plus arrondie et moins étendue. L'étranglement siégeant à l'anneau inguinal, je débridai directement en haut avec un bistouri boutonné, et ensuite je fis avec de grandes précautions des tentatives pour réduire la hernie, mais ce fut sans succès. On avait débridé d'abord; un bistouri tranchant seulement dans l'étendue d'un pouce vers sa partie moyenne fut introduit avec beaucoup de soin sous l'étranglement; mais la courbure de l'instrument était tellement prononcée, que le débridement ne put être opéré. Je pris alors un bistouri ordinaire, et l'étranglement fut divisé. Mais malheureusement, quoique l'incision fût dirigée en haut, l'artère épigastrique fut coupée perpendiculairement à sa longueur: nous nous en aperçûmes à l'irruption subite d'un jet de sang volumineux. J'introduisis les doigts dans la plaie, et j'exerçais une pression sur les deux bouts du vaisseau. Je sentis alors l'artère battre avec force sous mes doigts. Après une compression de quelques minutes, le flux de sang diminua. M. Giraud et moi, nous fûmes d'avis qu'il était nécessaire de pratiquer la ligature du vaisseau divisé; car il était tout à fait évident que c'était le seul moyen de prévenir une mort certaine. Je fis fléchir la tête du malade, ainsi que le tronc et le membre abdominal de ce côté, de manière à mettre dans le relâchement les muscles abdominaux. Je renversai ensuite fortement le bord de la plaie, et, après quelques difficultés (la division faite à l'anneau inguinal offrant heureusement une étendue suffisante), je fus assez heureux pour apercevoir et pour saisir un des bouts du vais-

seau, sur lequel M. Giraud appliqua une ligature; l'autre bout fut saisi et lié de la même manière. Je fis alors la réduction : je rapprochai les bords de la plaie à l'aide de la suture; les fils furent coupés le quatrième jour, et la ligature de l'artère tomba le onzième; la plaie externe fut parfaitement cicatrisée le quatorzième jour, et le malade, muni d'un bandage, retourna à ses occupations habituelles le 11 octobre, seize jours après l'opération.

» La couleur brune de l'intestin et les deux taches encore plus foncées qu'il présentait à sa surface, donnent à penser que l'opération avait été trop longtemps différée. Si l'on pouvait douter que ce soit réellement l'artère épigastrique qui avait été lésée, je n'aurais qu'à faire observer que M. Giraud et moi nous n'eûmes aucun doute à ce sujet; car ce n'est qu'après la division de l'aponévrose du muscle transverse, opération que nous trouvâmes extrêmement difficile, parce que l'étranglement était tel, qu'il pouvait à peine admettre l'extrémité du bistouri conduite sur le doigt, que le flot de sang se fit jour tout à coup. Une cause aussi violente que celle qui agit dans ce cas pour la production de la hernie peut bien et doit même avoir porté l'artère épigastrique hors de sa direction habituelle. L'artère était complétement divisée. Ce qui dépose encore en faveur de notre opinion, c'est que le vaisseau divisé avait le volume d'une plume de corneille.» (A. Cooper, *OEuvres complètes*, p. 242, traduct. franç.)

Dans un cas de Lawrence, il y eut une hémorrhagie mortelle; on reconnut que le sang avait été fourni par la branche que l'épigastrique envoie au crémaster. Dans un autre cas, rapporté par le même chirurgien, on trouva après la mort l'artère épigastrique ouverte, et cependant il n'y avait eu d'hémorrhagie ni au moment de l'opération ni après. Voici cette observation.

« Obs. 5. Un homme, âgé d'environ cinquante ans, portant depuis plusieurs années une hernie facilement réductible. Le 24 janvier 1806, il fut pris de constipation, ce qui détermina à l'apporter à l'hôpital Saint-Barthélemy, le 30 du même mois. A son entrée, le ventre était distendu, mais non douloureux, et il y avait de légères nausées... L'anneau du muscle oblique externe n'exerçait aucune constriction. Des purgatif puissants et des lavements de tabac n'ayant amené aucun changement, l'opération fut pratiquée sept jours après le début de l'étranglement. La tumeur consistait en un sac herniaire rempli de liquide; lorsque ce sac eut été ouvert jusqu'à l'oblique externe, on reconnut qu'une portion d'intestin était étranglée a l'anneau abdominal. L'opérateur pouvait à peine atteindre avec son doigt jusqu'à ce point; il fut obligé de diviser l'anneau inguinal dans une grande étendue, avant de pouvoir effectuer le débridement de l'anneau abdominal. Enfin, il y parvint, et réduisit l'intestin. Pendant toute l'opération, il ne s'écoula point de sang. Des lavements furent également sans effet pour faire cesser la constipation, et le malade succomba dans la soirée du lendemain.

» *Autopsie.* — L'aponévrose du muscle oblique externe avait été incisée en haut et en dehors, dans une étendue de deux pouces; elle avait été également divisée en dedans dans une étendue de neuf lignes. La dernière incision, qui avait intéressé le bord inférieur des muscles oblique interne et transverse, avait complétement divisé l'artère épigastrique, à neuf lignes de son origine, il ne parut pas que le vaisseau ouvert eût fourni la plus petite quantité de sang. Dans l'abdomen, et immédiatement derrière l'anneau, se trouvait une petite portion d'intestin entièrement noire et gangrenée, et qui avait été étranglée par une bride fibreuse accidentelle, formée par des adhérences, et qui, du péritoine adjacent à l'anneau, s'étendait au mésentère. Les circonvolutions de l'intestin grêle, largement distendues, offrant un diamètre de deux à trois pouces, semblaient remplir tout l'abdomen; elles étaient légèrement adhérentes entre elles et offraient çà et là des stries rouges. L'extrémité inférieure du testicule était engagée dans l'anneau abdominal. » (Lawrence, *Traité des hernies.*)

Hernie inguinale chez la femme. — Ce que la hernie inguinale de la femme offre de commun avec celle de l'homme, nous n'avons pas besoin de le répéter; il nous suffit d'indiquer les différences ou les particularités que le sexe imprime à cette af-

fection. Chez les femmes la hernie inguinale oblique externe parcourt un trajet un peu plus long que chez l'homme. Quand elle a franchi l'anneau, elle se porte dans l'épaisseur de la grande lèvre. Ses enveloppes sont moins nombreuses et moins considérables que chez l'homme, à ce point qu'à un simple examen, on croirait le sac recouvert seulement par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Mais, si mince qu'elle soit, l'enveloppe fibro-celluleuse née du pourtour de l'anneau s'ajoute à ces deux couches. Quant à un feuillet analogue à celui qui chez l'homme provient du *fascia transversalis*, son existence est douteuse ici. Nous n'avons pas besoin de dire que la tunique érythroïde manque.

Le sac est ordinairement bilobé; l'un des renflements de la tumeur est dans le canal, l'autre dans la grande lèvre; l'anneau les sépare.

Une disposition insolite dans la résistance des tissus peut faire que la hernie, au lieu de se diriger dans la grande lèvre, se place au devant de l'ouverture crurale et puisse en imposer alors pour une hernie de ce nom. C'est un point de diagnostic différentiel qui ne saurait être convenablement discuté qu'après que les deux termes en seront connus; nous l'examinerons dans l'article consacré à la hernie crurale.

Si la hernie s'étrangle, et si l'opération est nécessaire, on y doit procéder de la manière suivante : La malade étant placée de la même manière que pour l'opération chez l'homme, on doit faire une incision commençant à l'anneau inguinal et se continuant en bas, jusqu'à la partie inférieure de la tumeur, qui rarement descend à une très grande distance au-dessous de l'anneau. Cette incision comprend l'artère honteuse externe, qui n'est pas aussi volumineuse chez la femme que chez l'homme; la même incision met à nu le fascia qui recouvre le sac herniaire. Ce fascia lui-même étant divisé, le sac se présente, et l'on doit y pénétrer par une petite incision, après quoi on introduit un bistouri entre le sac et l'anneau inguinal, qui, enfin, doit être dilaté. Si l'on sent quelque étranglement au-dessus de cet anneau, on doit dilater de la même manière que j'ai conseillé de le faire chez l'homme et dans la même direction. Si les parties contenues dans le sac ne sont pas gangrenées, on opère la réduction.

» Cette opération présente beaucoup plus de difficultés que chez l'homme, à cause de *l'obliquité* que le canal conserve ordinairement dans la hernie inguinale chez la femme. » (A. Cooper, *ouvr. cit.*, p. 287.)

Si après l'opération de la hernie, et après l'administration répétée des purgatifs, les accidents de l'étranglement persistaient, il y aurait à apprécier la convenance de l'entérotomie, déjà pratiquée par Renault, d'après le conseil de Louis, et récemment mise à l'ordre du jour par M. Maisonneuve, qui l'a faite avec succès dans le cas suivant :

« Obs. 6. Madame D..., âgée de soixante-quatre ans, portait, depuis quinze ans environ, une tumeur inguinale du côté droit; cette hernie, qui n'avait jamais été contenue par un bandage, s'étrangla le 27 avril 1844, et ne put être réduite malgré l'emploi méthodique du taxis, des bains, de la saignée et des sangsues. Le 29, au matin, les accidents avaient acquis une intensité telle qu'il parut dangereux d'attendre davantage. Je proposai l'opération, qui fut immédiatement acceptée par la malade et pratiquée à deux heures trente minutes du soir.

» La tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus à terme. Elle contenait une quantité notable de sérosité, ce qui a rendu le premier temps de l'opération extrêmement simple. Après l'écoulement du liquide, je reconnus une anse d'intestin grêle fortement tendue, de couleur lie-de-vin, et recouverte à son pédicule de fausses membranes, molles, sans organisation appréciable Le débridement fut pratiqué sur le collet du sac; aussitôt il me fut possible d'attirer au dehors les deux bouts de l'intestin, dans une longueur de 3 ou 4 centimètres: la trace circulaire de l'étranglement était facile à reconnaître, mais rien n'annonçait une altération profonde des tuniques de l'organe. En conséquence, je procédai à la réduction : je m'assurai qu'elle était complète, en introduisant le doigt dans l'orifice herniaire, en explorant en haut, en bas, et sur les côtés les parties attenantes de la cavité abdominale.

La plaie fut ensuite réunie par première intention au moyen de la suture.

» Les cinq ou six premières heures qui suivirent l'opération furent parfaitement calmes ; mais dans la nuit les accidents reparurent et se développèrent avec une effrayante rapidité. Le 31, malgré l'administration des purgatifs à toutes les doses, sous toutes les formes, le cours des matières ne s'était point rétabli : déjà le pouls filiforme, la voix éteinte, les traits profondément altérés annonçaient une fin prochaine. Cependant un examen minutieux des symptômes généraux et de l'état du ventre me donna la conviction que je n'avais point affaire à une péritonite. Le relief des anses de l'intestin grêle, à travers les parois de l'abdomen, indiquait clairement l'obstruction intestinale comme la cause principale des accidents. C'était donc contre elle que devaient se diriger nos efforts. Nous n'avions plus à compter sur les purgatifs, leur administration était devenue impossible. Il n'y avait espoir de salut que dans une seconde opération ; mais ici la science me faisait défaut : elle n'avait à m'offrir aucun précédent. Je dus donc chercher toutes mes ressources dans l'étude approfondie que j'avais sous les yeux. Une circonstance m'avait frappé vivement dans l'examen de la maladie : c'était le relief que faisaient à travers la paroi abdominale les anses distendues de l'intestin grêle. Je pensai qu'il serait possible d'aller chercher une de ces anses distendues qui étaient évidemment placées au-dessus de l'obstacle. Je fis part de cette idée à mon confrère, M. Prévost, et sur son approbation je me mis immédiatement à l'œuvre. Je divisai les adhérences de la plaie réunie déjà par première intention ; je développai les lambeaux du sac et j'arrivai bientôt à l'orifice herniaire ; avec le doigt index, je rompis d'abord quelques fausses membranes, puis, pénétrant dans l'abdomen, je rencontrai une anse intestinale que je pus, à sa distension considérable, reconnaître comme appartenant à la portion d'intestin placée au-dessus de l'étranglement. J'avais eu d'abord la pensée de l'attirer au dehors et de l'y fixer par des points de suture, mais ayant reconnu entre cette anse intestinale et la paroi de l'abdomen des adhérences intimes, je crus pouvoir me dispenser de cette précaution et procéder immédiatement à l'ouverture. A l'aide d'une pince à disséquer, je parvins à saisir un pli de l'intestin, et, glissant des ciseaux mousses le long de la pince, je divisai le pli transversalement. Un jet de matières m'apprit que j'étais dans la cavité intestinale; j'introduisis cependant mon doigt pour m'assurer qu'après son affaissement l'intestin n'avait point perdu ses rapports avec l'orifice herniaire.

» La malade était extrêmement fatiguée, je ne crus pas utile de rien faire pour solliciter la sortie d'une nouvelle quantité de matières, et je me contentai d'appliquer sur la plaie un cataplasme de farine de lin.

» La soirée se passa sans accidents nouveaux, et bien qu'il ne se fût écoulé qu'une fort petite quantité de matières, les vomissements ne se reproduisirent plus. Le lendemain, 1er mai, la malade resta toujours dans un état d'affaissement considérable ; peu de matières s'écoulèrent encore, et pourtant les nausées, les vomissements ne se renouvelèrent pas. Un peu d'eau de Seltz sucrée fut bien supportée. Le 2 mai, vers dix heures du matin, une débâcle eut lieu par l'anus contre nature, c'est-à-dire qu'il s'écoula tout à coup une énorme quantité de matières liquides qui inondèrent les garnitures et le lit. Dès lors une amélioration notable se manifesta ; les circonvolutions de l'intestin grêle cessèrent de faire relief à travers la paroi abdominale; l'état d'anxiété disparut comme par enchantement; la malade put prendre avec plaisir des boissons nourrissantes, un peu de vin; elle put supporter de nouveaux lavements purgatifs, qui toutefois restèrent encore longtemps sans résultat.

» Jusqu'au 8 mai, rien de nouveau ne se manifesta. Les matières continuaient à couler abondamment par l'anus contre nature; les bouillons, les potages, pouvaient être supportés; les forces revenaient graduellement, mais l'extrémité inférieure de l'intestin restait toujours insensible à l'action réitérée des lavements purgatifs. Enfin, dans la soirée du 8, on obtint l'expulsion de plusieurs tampons volumineux de matières stercorales endurcies, qui très certainement séjournaient dans l'intestin depuis un temps considérable; mais cette

évacuation ne fut suivie d'aucune autre. Cependant les forces se rétablissaient à vue d'œil, la malade se levait sur son séant, mangeait de bon appetit. Complétement rassurée sur son existence, elle commençait à se préoccuper de la persistance de son anus contre nature, par lequel les matières coulaient continuellement. Je pensai que le moment était venu de commencer la cure de cette infirmité. Nous étions au 21 mai, à plus de trois semaines de l'opération. Je fis construire avec de la charpie de petits bourdonnets destinés à boucher l'orifice extérieur; j'indiquai la manière de les introduire, de les maintenir par un bandage triangulaire, et je recommandai à la malade de les garder une ou deux heures chaque fois, à moins qu'elle n'éprouvât de fortes coliques. J'avais pour but d'opposer à la sortie des matières un léger obstacle mécanique, afin de les forcer à prendre la voie normale. Le résultat dépassa toutes mes espérances : le 23, vers midi, à la suite d'un repas dans lequel la malade avait mangé une côtelette aux petits pois, de légères coliques se firent sentir dans tout le bas-ventre, et une abondante évacuation de matières molles et semi-liquides eut lieu par les voies naturelles. A dater de ce moment, tout écoulement cessa d'une manière absolue par l'orifice anormal, et le 29 mai, un mois juste après la première opération, la malade pouvait se lever, boire et manger comme en pleine santé. Le linge cératé qui recouvrait la plaie était à peine sali par un suintement stercoral; les selles étaient régulières, précédées seulement de légères coliques.

» Aujourd'hui, 16 septembre 1844, la malade est toujours restée complétement guérie. Les coliques diminuent de jour en jour. » (Maisonneuve, *Annales de chirurgie*, t. XII, p. 250.)

M. Maisonneuve a encore songé à anastomoser latéralement deux anses d'intestin placées l'une au-dessus de l'autre, et qui appartiennent, l'une à la partie du tube située au-dessus de l'obstacle, l'autre à la partie située au-dessous. (Voy. *Annales de chirurgie*, t. XII, p. 489.)

C'est surtout chez les petites filles que la hernie inguinale congénitale n'est pas très rare.

ARTICLE III.

Hernie crurale.

La hernie crurale, qui se fait sous l'arcade de ce nom, compte plusieurs variétés que nous distinguerons plus loin.

Causes de la hernie crurale.—La hernie crurale est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La grandeur plus considérable de l'arcade crurale, et l'affaiblissement des parois abdominales par la grossesse, expliquent cette différence. Elle est assez rare chez les femmes qui n'ont point été mères; elle est plus rare encore chez les enfants qui n'en ont fourni que deux exemples à A. Cooper. L'un de ces enfants avait sept ans, et l'autre onze. Le plus jeune sujet qui l'a lui ait ensuite offerte avait dix-neuf ans. Cependant M. Heyfelder a observé un enfant né avant terme, qui, six semaines après sa naissance, avait deux hernies crurales, deux inguinales et une ombilicale. Chez les adultes la fréquence de cette hernie augmente avec l'âge, sans doute par l'ampliation que l'amaigrissement amène dans l'ouverture crurale (A. Cooper).

De même que la hernie inguinale, la hernie crurale est plus fréquente à droite qu'à gauche.

Avant de procéder à l'étude de ses caractères anatomiques, il est indispensable de retracer succinctement la disposition de cette région herniaire, d'après les recherches les plus récentes et les plus importantes.

Pour simplifier les choses, il suffira de rappeler que le trajet crural est constitué, à son ouverture supérieure, en avant par l'arcade de Fallope, en arrière par le muscle pectiné recouvert du feuillet profond du *fascia lata*, en dedans par la base du ligament de Gimbernat, et en dehors par la gaîne des vaisseaux fémoraux.

« Du bord inférieur de cette ouverture irrégulièrement triangulaire, partent des aponévroses qui convergent insensiblement, se rapprochent au point de ne présenter, à 3 centimètres au-dessous, que l'écartement nécessaire pour donner passage aux vaisseaux fémoraux. On voit, d'après cette description, qu'il existe à la partie supérieure de la cuisse un entonnoir fibreux, dont l'anneau crural forme la

partie la plus évasée, et la gaîne des vaisseaux la tige. Au sommet de l'entonnoir, c'est-à-dire à la réunion de l'évasement avec la tige, la veine saphène vient se jeter dans la veine crurale. Le *fascia transversalis* vient aussi s'engager dans l'entonnoir crural, et le double dans toute son étendue : on peut comparer cette disposition à deux cornets de papier engagés l'un dans l'autre. Les parois de cet entonnoir ne présentent pas partout la même résistance : en dedans elles sont plus minces, au point que jusqu'ici presque tous les anatomistes avaient cru qu'il existait dans ce point une large ouverture. Du reste, la paroi antérieure et interne est criblée de trous pour le passage des vaisseaux, mais surtout pour des ganglions lymphatiques et des pelotons graisseux. Les vaisseaux cruraux divisent cette cavité infundibuliforme en deux parties à peu près égales : une interne, c'est l'anneau crural proprement dit de plusieurs auteurs, le seul à travers lequel on ait signalé généralement des hernies crurales; une externe, à travers laquelle des hernies peuvent se faire, mais beaucoup plus rarement. Une cloison fibreuse, très mince, s'étend de la paroi postérieure à la paroi antérieure de l'entonnoir, séparant l'artère de la veine : cette dernière est en dedans. Les vaisseaux épigastriques naissent au niveau de l'anneau crural, de la partie antérieure des vaisseaux fémoraux. » (Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. IX, p. 476.)

La disposition anatomique la plus importante à connaître, ce sont les rapports de la hernie avec les vaisseaux. L'artère et la veine fémorale sont en dehors et un peu en arrière. Les vaisseaux circonflexes iliaques, nés en dehors, à la hauteur de l'orifice supérieur du canal se dirigent vers la crête iliaque. L'artère épigastrique contourne de bas en haut et de dehors en dedans la partie externe de cet orifice, et elle envoie des ramuscules anastomotiques à l'épigastrique du côté opposé et à l'obturatrice. Un de ces ramuscules descend ordinairement derrière le ligament de Gimbernat. Le cordon spermatique croise la partie antérieure de cette ouverture.

Une anomalie d'une grande fréquence et d'une importance extrême, c'est celle de l'origine de l'obturatrice : souvent cette artère naît de l'épigastrique. Si cette origine exceptionnelle a lieu très bas, l'obturatrice se place immédiatement derrière le pubis et ne court aucun danger dans le débridement sur le ligament de Gimbernat. Née plus haut de l'épigastrique, l'obturatrice descend derrière le ligament de Gimbernat et est exposée à être tranchée avec lui dans le débridement. L'épigastrique peut à son tour, quoique plus rarement, venir de l'obturatrice et longer encore le ligament de Gimbernat. Enfin, M. Velpeau a rencontré dans un cas de hernie crurale deux artères épigastriques : l'une, venant de l'hypogastrique, passait en dedans du col du sac; l'autre, née de l'iliaque externe, était dans la position normale. M. Bérard décrit deux grosses veines qui passaient dans le voisinage de l'anneau pour se rendre dans l'iliaque externe. MM. Manec et Ménière ont noté l'existence également très rare d'une veine volumineuse, passant en dedans de l'ouverture crurale, et allant s'aboucher dans l'hypogastrique.

« Toutes ces particularités anatomiques doivent être notées. Je ferai toujours observer que les vaisseaux épigastriques, l'artère obturatrice, quand elle passe au-dessus et en dedans du pédicule de la hernie, et l'artère spermatique chez l'homme, se trouvent toujours à plus de 1 centimètre du collet du sac ou du pourtour de l'ouverture du *fascia cribriformis* qui embrasse le collet. » (Vidal, de Cassis, *ouv. cit.*, t. IV, p. 490.)

Caractères anatomiques de la hernie crurale. — La hernie crurale comprend trois variétés : la hernie *crurale externe*, qui se fait en dehors des vaisseaux épigastriques; la hernie *crurale moyenne*, qui se fait en dedans de ces vaisseaux, et la hernie *crurale interne*, qui se fait en dedans de l'artère ombilicale.

a. Hernie crurale externe. — Déjà indiquée par Arnaud, contestée par beaucoup d'auteurs, et en particulier par M. Manec, cette variété a été observée par A. Cooper, Thomson, MM. J. Cloquet, Velpeau et Demeaux. En voici un exemple irrécusable emprunté au dernier chirurgien que nous venons de citer.

Obs. 1. « Au mois de mai 1839, je pris pour les manœuvres opératoires un cadavre à

moitié putréfié, qui présentait du côté droit une hernie inguinale volumineuse ; je me proposais de disséquer avec soin cette hernie ; mais comme le ventre était déjà distendu par des gaz, et que la chaleur était assez forte, je fis immédiatement une incision qui me permit d'enlever une partie des intestins, et de mettre dans l'abdomen quelque liquide qui pût arrêter la putréfaction. J'aperçus aussitôt une grande masse intestinale à la partie inférieure et droite de la cavité péritonéale ; le sac inguinal était rempli par de l'intestin ; en soulevant ces parties j'ai vu deux ouvertures que j'ai crues au premier aspect être des sacs de hernie crurale ; le doigt, porté dans chacun d'eux, m'a permis de constater que le fait était exact ; j'ai dû dès lors continuer la dissection avec plus de précaution. J'ai cherché à découvrir les deux sacs au-dessous du ligament de Fallope ; mais dans cette partie, la décomposition était tellement avancée, et la graisse en quantité si considérable, qu'il m'a été impossible d'isoler les aponévroses ; j'ai mis à découvert les sacs, dont l'un, plus volumineux, comme une grosse châtaigne, était placé au-devant de l'artère crurale ; l'autre, plus petit, était en dedans de la veine. Celui-ci renfermait des brides épiploïques adhérentes ; le premier était libre de toute adhérence. En examinant du côté du ventre, j'ai constaté que les deux ouvertures crurales étaient placées à un pouce environ de distance l'une de l'autre : l'une en dedans de l'artère épigastrique, en dehors du ligament du Gimbernat ; la seconde, en dehors de cette artère, au-devant de l'artère fémorale. » (Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. IX, p. 475.)

Ce fait complète suffisamment ce que nous avions à dire ici de cette variété de la hernie crurale.

b. Hernie crurale interne. — Cette hernie est tellement exceptionnelle, que nous devons nous borner à renvoyer le lecteur aux observations particulières que nous avons indiquées. Nous rappellerons seulement qu'il en existe deux variétés ; que dans l'une, le viscère s'engageant par la fosse péritonéale interne, en dedans de l'artère ombilicale, se porte obliquement en dehors pour sortir par l'anneau crural ; dans l'autre, la hernie s'engage bien toujours par le même point, mais elle se porte directement au dehors, en passant à travers une éraillure du ligament de Gimbernat. Symptomatiquement, ces hernies ne sont guère caractérisées que par leur position interne, plus interne que celle de la hernie inguinale.

C'est à M. Laugier qu'on doit la première observation de hernie crurale interne directe (*Archives de méd.*, 1833, t. XXXII, p. 27). MM. Cruveilhier et Demeaux l'ont rencontrée depuis.

Dans cette variété, la tumeur se forme à travers le ligament de Gimbernat, et, bien entendu, en dedans de l'artère ombilicale. Cependant il y a une sous-variété dans laquelle la tumeur, quoique se formant en dedans de l'artère ombilicale, s'engage dans l'anneau crural : c'est ce que M. Demeaux a vu plusieurs fois. (*Thèse inaugurale*).

c. Hernie crurale moyenne. — C'est la hernie crurale proprement dite, au point que si l'on ne désigne pas la variété en prononçant le mot de hernie crurale, c'est toujours la hernie moyenne qu'on entend ; toutes les autres variétés sont exceptionnelles.

Sans tenir compte de l'âge ni du sexe, on peut affirmer que les hernies crurales sont moins fréquentes que les hernies inguinales ; mais les hernies crurales sont plus fréquentes que toutes les autres.

Elles sont plus communes chez la femme que chez l'homme ; elles le sont surtout extrêmement chez celles qui ont eu des enfants.

Chez l'homme, elles sont moins fréquentes que les hernies inguinales.

Elles ont plus souvent lieu à droite qu'à gauche.

Quant à la question de la fréquence comparée de la hernie inguinale et de la hernie crurale chez la femme, elle n'est point encore résolue.

M. Demeaux a indiqué une nouvelle cause de la préférence que montre la hernie crurale pour la femme.

« Une disposition anatomique qui me paraît ne pas avoir été mentionnée jusqu'ici me semble expliquer ce fait d'une manière satisfaisante. L'anneau crural a des dimensions plus considérables, d'une manière absolue chez la femme ; chez

l'homme, les vaisseaux cruraux ont un plus gros calibre pour un anneau plus petit ; et chez la femme, ces mêmes vaisseaux ont un calibre moindre pour un anneau plus large. Cette circonstance suffirait à elle seule pour nous expliquer le fait dont nous parlons ; mais quand il existe, d'un autre côté, chez la femme, des conditions particulières, telles que la grossesse, par exemple, elle a une influence bien plus marquée ; il semble que plusieurs conditions fâcheuses soient réunies pour concourir au même but. » (Demeaux, *loc. cit.*)

Développement de la hernie crurale. — *Première période.* — Refoulé par la pression des viscères, le péritoine s'engage dans l'anneau crural, derrière le ligament de Fallope, et descend ainsi dans l'étendue de 2 centimètres. Le sac péritonéal présente alors la forme d'un doigt de gant, dont la partie évasée regarde le ventre ; il est reçu dans l'entonnoir fibreux. Ce commencement de la hernie a été très bien décrit par A. Cooper et surtout par Thompson.

Quelques auteurs ont pensé que l'état que nous venons de décrire ne constitue pas réellement la hernie : c'est une erreur. M. Demeaux a rencontré souvent des cadavres qui portaient des traces évidentes de l'application d'un brayer, et chez lesquels on ne trouvait que cette pointe de hernie. Chez quelques sujets, la cavité était même assez profonde pour permettre au doigt introduit dans son intérieur de faire saillie à la cuisse. Sur un cadavre, en remplissant d'eau une cavité analogue, on peut déterminer une saillie. Enfin, sur deux femmes évidemment affectées de hernie crurale, M. Demeaux percevait distinctement à la cuisse la présence d'une tumeur pendant la toux ou un effort quelconque, et plus tard la dissection fit voir pour toute lésion le commencement du sac en doigt de gant.

Deuxième période. — La hernie peut rester longtemps à sa première période ; mais si la cause se répète, la tumeur augmente. La paroi interne de l'infundibulum, ténue et percée de trous nombreux destinés à des ganglions lymphatiques, à des veines, à des pelotons graisseux, se laisse plus aisément dilater. Le péritoine, sous la pression des viscères, est refoulé et refoule au-devant de lui les pelotons graisseux et les ganglions lymphatiques, et s'engage à leur place dans l'anneau fibreux ; c'est là la transition de la hernie à sa seconde période.

Par cette nouvelle ouverture, le sac s'est échappé de l'entonnoir, et est arrivé sous la peau dans le tissu cellulaire, où il peut librement se développer. C'est alors que la hernie est complète ; elle a un sac et un collet, et elle est devenue susceptible d'étranglement. Disons en passant que le siége du collet n'est pas, comme on l'a cru, au niveau de l'anneau crural, mais bien au niveau du point où la paroi de l'entonnoir a cédé.

Si c'est ordinairement par la paroi interne que le sac sort de l'entonnoir, il en sort aussi quelquefois par l'antérieure, et, dans quelques cas, ces sacs multiples s'échappent par ces deux parois à la fois. (J. Cloquet, Demeaux.)

Rapports du sac. — *Corps du sac.* — Nous allons, sur cette question, suivre M. Demeaux, qui l'a le mieux étudiée.

Les rapports du sac sont très simples ; aucun organe important ne le sépare de la peau. Placé au-dessous du ligament de Fallope, au-dessus de la veine saphène, au-devant du pectiné, en dedans de l'entonnoir fémoral, il est entouré d'une atmosphère graisseuse dont l'épaisseur varie beaucoup. Chez les sujets chargés d'embonpoint, la hernie peut être ensevelie dans cette couche sans qu'aucun relief en décèle l'existence, même pour des chirurgiens habiles, tandis que chez les personnes maigres, la minceur de cette couche, qui n'est que de quelques millimètres, permet au sac de faire saillie sous la peau, disposition qu'il ne faut pas perdre de vue, si l'on ne veut pas s'exposer à voir son bistouri aller trop loin dans les premières incisions de l'opération. Les ganglions lymphatiques qui entourent le sac peuvent, en devenant malades, donner lieu à des erreurs de diagnostic sur lesquelles nous reviendrons. Aucun vaisseau de quelque importance n'est placé au-devant du sac ; la sous-cutanée abdominale et la honteuse externe sont les seules artères qui se trouvent en rapport avec lui.

Collet du sac. — Le collet ne se trou-

vant point, comme on l'avait cru, au niveau de l'anneau, mais bien au point où la paroi de l'entonnoir a été traversée, il en résulte que les rapports de ce collet n'ont pas été exactement décrits jusqu'à ce jour.

On a dit que le collet était en rapport, en dedans, avec la base du ligament de Gimbernat; en dehors, avec les vaisseaux épigastriques; en avant, avec l'arcade crurale, et conséquemment avec le cordon spermatique chez l'homme; enfin, en arrière, avec le pubis.

Examinons ces divers points. Le collet du sac est bien, en général, très rapproché du ligament de Gimbernat; mais au lieu d'être placé en dehors, il est au-dessous. Ce ligament donne insertion à l'aponévrose traversée par la hernie, mais ne fait pas partie, le plus souvent du moins, de l'anneau fibreux sur lequel se moule le collet du sac.

Suivant la plupart des auteurs, l'artère épigastrique est immédiatement en dehors du collet du sac, exposée ainsi à tout débridement fait en ce sens. D'après les observations faites par M. Demeaux sur plus de soixante hernies crurales qu'il a disséquées tant chez l'homme que chez la femme, l'opinion précédente serait exagérée. En effet, dit-il, souvent le collet du sac est plus bas que les vaisseaux épigastriques, qui dans l'immense majorité des cas se trouvent placés sur la partie externe de l'infundibulum, tandis que la hernie s'échappe par la paroi interne, et le collet de celle-ci est éloigné des vaisseaux de plus d'un centimètre. Le débridement, dans ce sens, n'expose donc l'artère que s'il est porté trop loin.

Il est évident que lorsque la hernie traverse le ligament de Gimbernat, le collet est encore plus distant de l'artère.

Le ligament de Fallope a aussi avec la hernie des rapports moins immédiats qu'on ne l'avait cru. Il fournit également des insertions à l'aponévrose qui forme l'entonnoir, mais il n'entre pour rien dans la constitution de l'anneau herniaire. Ordinairement cette ouverture est placée à plusieurs millimètres au-dessous de lui; un débridement dans ce sens pourrait donc être suffisant sans l'atteindre. Quelques auteurs ont cependant insisté sur ce danger. Chez les femmes, la section de ce ligament; et même de quelques unes des portions situées au-dessus de lui, ne pourrait entraîner d'accidents sérieux. Chez l'homme, il en est autrement; la présence du cordon spermatique a beaucoup effrayé les chirurgiens. Cependant, selon M. Demeaux, si Arnaud et d'autres praticiens ont coupé le cordon en débridant sur l'arcade crurale, c'est qu'ils ont fait une incision de plus d'un centimètre, incision qui est pourtant plus que suffisante.

Le rapport de la hernie en arrière ne doit pas nous arrêter; il n'y a là aucun organe à ménager, ni aucun débridement à tenter.

En dehors est la veine fémorale, mais assez éloignée du collet pour ne pouvoir être atteinte dans le débridement.

L'artère obturatrice naît souvent de l'épigastrique, ainsi que nous l'avons vu. « Mais, dit M. Demeaux, sous le rapport de la hernie crurale, je suis loin d'en déduire des conséquences alarmantes. L'origine commune des deux vaisseaux a lieu quelquefois par un tronc très court, quelquefois par un tronc de 2 à 4 centimètres. Dans ces deux circonstances, les rapports des vaisseaux avec l'anneau crural sont loin d'être les mêmes. Dans le premier cas, l'artère sous-pubienne, immédiatement après son origine, s'applique contre la surface pectinéale, et gagne ainsi, appliquée sur l'os, la cavité du bassin. Si une hernie crurale se produit dans ce cas, elle passe au-devant du vaisseau, et la lésion de celle-ci devient par conséquent impossible en cas de débridement. Cette disposition est incontestablement la plus fréquente. Dans le second cas, l'artère sous-pubienne se détache de l'épigastrique à 2, 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis pour se diriger en bas et en dedans. Elle forme ainsi avec le tronc commun des deux vaisseaux un angle dont le sinus regarde en bas, et dans le champ duquel se trouve placé l'anneau crural. Si une hernie se produit dans ces conditions, au niveau de l'anneau crural, elle sera circonscrite en dehors, en haut et en dedans par une anse artérielle, et il semble que tout débridement pratiqué dans ce sens doive en déterminer la section. Mais je rappellerai ici ce que j'ai dit du siége précis du collet du sac. L'anse artérielle dont je viens de

parler circonscrit l'anneau crural, tandis que j'ai signalé, et plus loin je démontrerai que le collet du sac n'existe jamais à ce niveau ; par conséquent un débridement pourrait avoir lieu dans une certaine étendue, sans que ce vaisseau fût divisé. » (Demeaux, *Thèse* et *Annales de chirurgie*, t. IX, p. 483.)

Dans la hernie crurale externe, le collet est placé sur la paroi de l'entonnoir, au-dessous du ligament de Fallope, et se trouve en dehors des vaisseaux épigastriques. Le débridement, dans cette variété, pourrait être porté très loin dans tous les sens, excepté en dedans et en arrière.

La hernie crurale interne n'est en rapport avec aucun organe dont la division puisse inspirer la moindre crainte.

M. Vidal, de Cassis, a trouvé sur le cadavre une nouvelle espèce de hernie crurale interne que nous allons faire connaître par la citation suivante :

« Le 18 octobre 1827, j'ai trouvé sur le cadavre d'une vieille femme une hernie bien extraordinaire. Elle s'était faite tout à fait à la partie interne du canal crural, à toucher le ligament de Gimbernat. De là, elle se portait en arrière, perçait le feuillet profond du *fascia lata* qui recouvre le pectiné, et se prolongeait dans ce muscle. Cette hernie consiste en un sac de la longueur de 2 pouces, oblitéré dans sa moitié inférieure ; sa paroi est très épaisse dans le reste de son étendue ; il ne contient rien. A son ouverture dans l'abdomen, le sac est entouré d'un tissu sous-séreux violet, comme on en trouve aux ovaires des vieilles femmes. Cette disposition existe des deux côtés : c'était évidemment un ancien sac de hernie crurale. » (Vidal, de Cassis, t. IV, p. 493, 2e édit.)

Il est fréquent de voir une hernie crurale de chaque côté, une volumineuse et l'autre petite ; mais on rencontre rarement deux hernies crurales du même côté.

La hernie crurale est ordinairement formée par une anse de l'iléon ; assez souvent on y trouve surtout à gauche de l'épiploon avec l'intestin. L'épiploon y est rarement seul, à ce point que A. Cooper n'en a observé que deux exemples. Le cœcum et le côlon ascendant se trouvent quelquefois dans la hernie crurale droite ; le côlon descendant, l'S iliaque et le commencement du rectum dans celle du côté gauche ; la vessie, les ovaires, l'utérus même peuvent en faire partie.

Symptômes de la hernie crurale. — A. Cooper, qui est, selon nous, l'auteur qui a le mieux décrit ces symptômes, s'exprime ainsi :

« Le premier symptôme de la hernie crurale est une douleur qui se manifeste lorsque le malade étend la cuisse ; cette douleur se propage à l'estomac et détermine des nausées. Si l'on examine la cuisse, on trouve un ganglion lymphatique plus distinct dans l'aine de ce côté que dans l'autre, et qui fait éprouver une sensation très douloureuse à la pression la plus légère. En général, cette douleur est perçue pour la première fois le soir, quand le malade, après s'être assis pour se déshabiller, se lève subitement et étend le membre. Elle persiste quelque temps après qu'il s'est couché, et le force à lever le genou, attitude qui amène un prompt soulagement. La douleur qui est ainsi produite par l'extension de la cuisse reconnaît pour cause la tension des fascias de la cuisse et la pression qu'ils exercent sur la tumeur.

» Le premier phénomène appréciable qui indique la présence de la hernie crurale est un gonflement général de la région qui en est le siége : ce gonflement est facile à réduire par la pression ; il devient déclive dans la station, remonte dans la position horizontale, et semble d'abord n'être qu'une dilatation de la gaîne des vaisseaux cruraux. En second lieu, on trouve une petite tumeur circonscrite, offrant à peu près le volume de l'extrémité du doigt, située sous l'arcade crurale, à un pouce environ en dehors de la tubérosité du pubis, et gisant dans le creux situé entre cette éminence et les vaisseaux cruraux. Lorsque la tumeur augmente, au lieu de se diriger en bas, comme la hernie inguinale, elle passe en avant et souvent contourne le bord antérieur de l'arcade crurale, parce que, dans ce sens, elle éprouve moins de résistance que dans tout autre. Dans ses progrès, la tumeur prend plus de volume sur les côtés qu'en haut et en bas, de sorte que sa forme est oblongue transversalement. Chez la femme, elle est généralement plus mobile ; sa mollesse et l'absence de changement de cou-

leur à la peau lui donnent simplement l'aspect d'une tumeur formée par l'un des ganglions inguinaux. Mais, chez l'homme, la peau est ordinairement moins lâche, la tumeur n'est pas si distinctement circonscrite, et paraît en quelque sorte plus enchâssée dans l'épaisseur de la cuisse. » (A. Cooper, traduct. française, p. 239.)

Volume. — En général, la hernie crurale est petite. A. Cooper ne l'a vue que deux fois atteindre la grosseur du poing. Elle occupait la totalité de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine pubienne. Thompson, d'Edimbourg, a vu un cas extraordinaire où la tumeur descendait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; mais il faut ajouter que dans ce cas il y avait affaiblissement anormal des parois du ventre.

Direction. — La hernie crurale se dirige obliquement en dedans et en avant, excepté au début, où elle se porte un peu plus en bas; en sorte qu'en divisant la peau sur la tumeur on tend à pénétrer dans le sac par son fond. Il arrive cependant qu'au lieu de croiser la cuisse dans la direction de l'arcade crurale, elle s'étend en bas sur le côté de la veine crurale et de la saphène.

Diagnostic de la hernie crurale. — Une épiplocèle crurale irréductible, du volume d'un ganglion lymphatique, serait difficile à distinguer de cette glande engorgée. Les antécédents seuls pourraient mettre sur la voie.

« Un état variqueux de la grande veine, veine saphène, à l'endroit où ce vaisseau s'ouvre dans la veine crurale, pourrait simuler une hernie crurale réductible. En effet, la position horizontale et la pression font disparaître une pareille tumeur. J.-L. Petit, A. Cooper et M. Boinet ont été témoins de pareilles erreurs. Dans le cas observé par Petit, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule. La malade, qui était servante dans une auberge de Courtrai, fit usage, d'après le conseil d'un charlatan, d'un brayer qui l'incommoda beaucoup. La malade dont a parlé M. Boinet portait depuis longtemps un bandage élastique qui ne la gênait nullement. Avec de l'attention, cette erreur pourra être évitée : la peau qui recouvre la varice est brunâtre; il est vrai qu'elle reprend peu à peu sa couleur normale quand la tumeur est réduite; mais la saphène est ordinairement dilatée dans d'autres points. Ainsi chez le malade de Petit, toute cette veine formait un cordon recouvert d'une peau brune, et présentait une dilatation marquée au genou, un état variqueux plus prononcé encore sur la malléole interne. Dans le cas de M. Boinet, les doigts appliqués sur la tumeur sentaient, pendant les secousses de la toux, un bruissement marqué. Voilà les caractères qui rendront l'erreur de diagnostic difficile. Sanson a indiqué un signe encore plus certain : Si après avoir réduit la tumeur variqueuse par une pression exercée de bas en haut, on tient le doigt fortement appliqué sur l'orifice inférieur du canal crural, la tumeur reparaît et a bientôt repris son volume primitif. Mais si la varice affectait la veine fémorale elle-même, à l'endroit où elle reçoit la saphène ou au-dessus de ce point, il serait difficile de la distinguer d'une petite hernie crurale formée par l'intestin, et qui ne fait que *pointer;* car au moment de la réduction une si petite hernie ne ferait point entendre de gargouillement. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 496, 2e édit.)

Un abcès par congestion, sorti du ventre par le canal crural, pourrait être l'objet d'une méprise. L'abcès est réductible comme la hernie, augmente comme elle, dans l'attitude verticale et pendant les efforts; mais il est fluctuant, et son apparition a été précédée de douleur fixe dans un point de l'épine vertébrale, et la tumeur de l'abcès se reproduit par le décubitus seul, sans que le malade fasse d'effort.

Il y a un point de diagnostic trop important en pratique pour que nous n'y insistions pas: c'est le diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale.

Dupuytren n'avait pas donné d'autres caractères distinctifs que les suivants : le moindre volume de la hernie crurale, sa forme arrondie et globuleuse; sa circonscription au pli de l'aine, au lieu de se porter dans la grande lèvre; sa direction dans le sens de ce pli quand elle affecte une forme ovalaire; enfin, la profondeur de son pédicule.

Ces signes différentiels suffisent en effet; mais alors la hernie inguinale est très prononcée. Ce n'est pas dans ce cas qu'existe la difficulté, mais bien dans la distinction des hernies crurales et des hernies inguinales interstitielles.

Voici sur quelles bases A. Cooper a fondé ce diagnostic :

1° Dans la hernie inguinale le collet est situé *au-dessus* de l'épine pubienne, et dans la hernie crurale il est situé *au-dessous* et *en dehors*.

2° Si dans la hernie crurale on tire le sac en bas, on peut reconnaître au-devant de ce collet le trajet de l'arcade crurale.

Ce dernier caractère est assurément très important; mais n'étant appréciable qu'au moment de l'opération, il ne rentre pas dans les éléments de diagnostic ordinaires. Quant au premier, M. Malgaigne en nie la valeur. Il a vu souvent le collet de la hernie inguinale, appuyant sur le pilier inférieur, affaibli, éraillé, et le collet abaissé alors au-dessous de l'épine pubienne. C'est dans ce cas, dit-il, que le doigt, appuyant sur la partie inférieure de l'anneau, arrive jusqu'au pubis sans trouver de saillie tendineuse, et que l'anneau semble devenu ostéo-fibreux.

« Qu'est-ce donc, continue M. Malgaigne, que cette double circonstance attribuée au collet de la hernie crurale, située *au-dessous et en dehors* de l'épine pubienne? Cela veut-il dire que le collet de la hernie inguinale est en dedans de cette épine? Mais la plupart du temps, il est simplement au-dessus, inclinant plutôt en dehors qu'en dedans, et dans un très grand nombre de cas il est tout à fait en dehors. Ce dernier moyen de diagnostic nous échappe donc; et puis il semble encore que A. Cooper ait oublié les hernies inguinales interstitielles, qui sont toujours en dehors de l'épine pubienne. »

Pour arriver à distinguer la hernie crurale de la hernie inguinale, M. Amussat suppose une ligne droite étendue de l'épine pubienne à l'épine iliaque antérieure et supérieure : toute hernie située au-dessus de cette ligne fictive sera inguinale, et crurale au-dessous.

C'est un moyen infidèle. Le ligament de Fallope ne décrit pas toujours une ligne droite; il est affaissé, déprimé par la hernie, ou par toute autre cause, et surtout par des changements consécutifs à de nombreuses grossesses, et la ligne droite, qui fictivement en représente le trajet, augmente plutôt les chances d'erreurs qu'elle ne les diminue.

Enfin M. Nivet a donné le moyen suivant : Chercher avec le doigt indicateur l'épine du pubis, et remonter de là vers l'épine iliaque, en suivant toujours le ligament de Fallope. Mais la laxité de ce ligament peut le rendre difficile ou impossible à reconnaître; et l'autre moyen, que M. Nivet indique, à savoir la vacuité de l'anneau inguinal, n'est pas applicable au diagnostic de la hernie inguinale interstitielle, puisque alors il est libre comme dans la hernie crurale.

Voici comment M. Malgaigne a traité cette question :

« Supposons d'ailleurs l'un des cas les plus difficiles. Il y a une tumeur vers le milieu du pli de l'aine, cependant un peu plus rapprochée du pubis; cette tumeur a tous les caractères d'une hernie : elle fait saillie quand le sujet tousse, elle rentre par la pression, et sa rentrée est si subite qu'on ne peut distinguer le point par lequel elle est rentrée; de même elle ressort si brusquement qu'on ne peut suivre son trajet. L'anneau inguinal externe est libre, mais il semble être dans la direction de la hernie. Si l'on tire une ligne droite de l'épine pubienne à l'épine iliaque, la tumeur est en dessous, ou bien encore cette ligne coupe la tumeur par la moitié; si l'on veut suivre le ligament de Poupart à partir de l'épine pubienne, il est flasque, difficile à sentir, et paraît au surplus se porter vers le milieu de la tumeur, au niveau de laquelle il est absolument impossible de le sentir. C'est bien là, si je ne me trompe, un cas qui défie tous les moyens indiqués jusqu'à présent.

» Vous ferez rentrer la hernie; vous reconnaîtrez avec l'indicateur droit les battements de l'artère crurale, et appliquant la pulpe du doigt au côté interne de cette artère, vous appuierez jusqu'à ce que vous sentiez le pubis. Quelquefois, chez les sujets maigres, du même coup vous sentirez l'anneau crural ouvert, circonscrit en avant par un ligament tendu (le

ligament de Poupart), en arrière par le pubis, en dehors par l'artère crurale, dont vous sentez les battements contre la partie latérale de votre doigt : dès lors il n'est pas nécessaire d'aller plus loin ; jamais, à l'état normal, le doigt ne peut ainsi pénétrer dans l'anneau crural. Mais supposez un sujet gras, une hernie petite et l'anneau trop profond et trop étroit pour admettre ainsi le doigt : vous appuyez sur le pubis, en sentant battre l'artère au côté externe, et vous faites tousser le malade. Si le doigt est repoussé, et que le doigt ne fasse cependant pas saillie à l'extérieur, c'est une hernie crurale ; si le doigt n'est pas repoussé, et que la hernie fasse saillie au-dessus, c'est une hernie inguinale. Il arrive quelquefois que la hernie inguinale fait saillie au-dessus du doigt, et en même temps lui communique une impulsion. Il se pourrait alors, de deux choses l'une, ou bien que la hernie fût inguinale, ou eût tellement distendu et éraillé la gouttière du canal inguinal dont le ligament de Poupart fait partie, que l'impulsion fût transmise en dessous de ce ligament ; ou bien que ce fût une hernie crurale qui aurait distendu et rejeté en avant le ligament de Poupart et une petite partie de l'aponévrose du grand oblique, et qui fît ainsi cette saillie au-dessus de l'anneau que vous interceptez. J'ai vu ces deux cas, et je ne suppose rien qui ne soit en réalité. Alors, tandis que l'indicateur droit bouche l'anneau crural, placez en travers, à trois lignes au-dessus, le pouce de la main gauche, et faites tousser le malade en retirant lentement l'indicateur. Si c'est une hernie inguinale, elle sera maintenue et rien ne sortira ; si c'est une crurale, elle sortira comme à l'ordinaire, et le diagnostic sera complet. En un mot le diagnostic différentiel de ces deux hernies ne pouvait se tirer que de deux choses : de la structure différente des anneaux, et de leur position différente.

» Quant à la structure, dès que le doigt introduit dans un anneau reconnaît exactement l'os pubis en bas, le ligament de Poupart en haut, et sent battre l'artère à son côté externe, il est sûr d'être dans l'anneau crural.

» Quant à la position, l'anneau inguinal interne est toujours à quelques lignes au-dessus du ligament de Poupart, l'anneau crural toujours au-dessous.

» Mais alors, direz-vous, que devient donc cette difficulté mise en avant tout à à l'heure, de sentir le ligament de Poupart quand il est flasque et relâché ? Faites attention à une chose : si vous cherchez ce ligament d'avant en arrière, il se déprime sous vos doigts et va se confondre avec les parties plus profondes où sa saillie se perd absolument. Mais en le cherchant de dedans en dehors avec le doigt introduit dans l'anneau crural, supposez-le aussi flasque que possible ; nous le soulevons du côté de la peau, nous arrivons à le tendre autant que nous voulons, et nous rendons sa saillie plus manifeste même que dans l'état normal.

» Vous m'objecterez encore : Mais il y a des cas où l'anneau inguinal externe est tellement éraillé que le doigt qui y plonge peut arriver jusqu'à l'artère iliaque externe dont on sent alors les battements au côté externe ; d'une autre part, le ligament de Poupart affaissé laisse le doigt arriver jusque sur le pubis ; et enfin, en reportant la pulpe du doigt en haut, elle est arrêtée par le pilier supérieur qui donne la même sensation que le ligament de Poupart, et l'on a ainsi les trois caractères réunis assignés à l'anneau crural.

» Cela est vrai, mais jusqu'à un certain point seulement. D'abord tout cela n'arrive que dans le cas de hernie volumineuse, devenue scrotale chez l'homme, ou labiale chez la femme ; et il n'y a alors aucune difficulté de diagnostic. Mais si pourtant, dans un cas exceptionnel, une hernie inguinale passant à travers les anneaux ainsi éraillés faisait saillie au pli de l'aine, vous sauriez que l'anneau inguinal externe se reconnaît toujours à deux caractères indélébiles : à sa partie interne on sent l'épine pubienne ; à sa partie la plus externe, le doigt ne peut plus atteindre le pubis, et sent toujours le ligament de Poupart. Ce n'est, en effet, que près de l'épine pubienne, où il est plus rapproché de l'os, qu'il peut s'affaisser jusqu'à laisser disparaître sa saillie, et laisser le doigt arriver sur le pubis ; mais vers le milieu de l'arcade, il en est trop éloigné. Et bien que j'aie vu deux ou trois cas de hernie inguinale, où l'éraillement des vaisseaux per-

mettait l'entrée de quatre doigts de front, même alors le ligament de Poupart se reconnaissait facilement à la partie la plus externe de cette large brèche; et c'est à peine si l'on conçoit la possibilité qu'il en soit autrement. Mais encore, dira quelqu'un, si la hernie est irréductible. le cas est plus difficile. Je n'ai vu qu'un seul exemple de ce genre dans lequel, la hernie étant irréductible, les caractères fussent tels d'ailleurs, que je les ai indiqués, et la confusion véritablement possible.

» C'était sur un cadavre. J'essayai de porter l'indicateur par-dessous la hernie jusqu'à son origine, et j'arrivai ainsi directement sur le pubis, à peu près vers le milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque et l'épine pubienne. Je diagnostiquai une hernie crurale, et l'autopsie me donna raison.

» Enfin, il est des cas plus difficiles encore où la hernie crurale, se faisant jour à travers quelques pertuis étroits du *fascia cribriformis*, s'étrangle là, et ne permet pas d'arriver jusqu'au pubis; alors je conçois que l'on puisse quelquefois se trouver embarrassé. Et cependant il est des signes auxquels, du moins dans la grande majorité des cas, vous pourrez reconnaître presque au premier coup d'œil une hernie crurale; mais ces signes se tirent de l'étude spéciale de chacune des variétés de cette hernie. » (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 191.)

Complications de la hernie crurale. — Les accidents sont ceux des hernies en général: irréductibilité, engouement, étranglement; mais l'étranglement est ici plus fréquent et plus violent que dans la hernie inguinale. Cette fréquence et cette violence se prononcent surtout chez l'homme, à cause des dimensions moindres de l'ouverture crurale.

Au point de vue pratique, l'étranglement de la hernie crurale mérite d'être étudié ici dans ce qu'il offre de spécial.

L'idée que les chirurgiens se sont formée du mécanisme de l'étranglement de la hernie crurale a varié comme les notions anatomiques qui lui servaient de base; car les faits pathologiques bien observés sont restés longtemps étrangers à ces théories. Il s'agit surtout ici de l'agent physique de l'étranglement. Avant Scarpa on n'admettait qu'un *anneau* crural, et c'est à cet anneau qu'on rapportait l'étranglement. Le chirurgien de Pavie, ayant démontré que ce trajet herniaire était un véritable *canal*, professa que l'orifice supérieur de ce canal ou l'anneau de ce nom et son orifice inférieur, ouverture de la veine saphène, pouvaient l'un et l'autre devenir l'agent de l'étranglement.

La doctrine de Scarpa fut et est encore généralement adoptée. Suivant cette école, les deux orifices du canal étranglent le supérieur ordinairement, l'inférieur quelquefois. M. Velpeau a renversé cette proposition en établissant que l'étranglement par l'orifice inférieur est la règle, et, conformant sa pratique à cette théorie, il a institué le débridement directement en avant sur le repli falciforme. M. Malgaigne ne s'est pas occupé de ce point.

Nous avons démontré plus haut que la hernie s'engageant dans l'entonnoir fibreux d'A. Cooper, Thompson et M. Velpeau, ne parcourt pas ce canal; que son collet n'a pas la forme d'un goulot, mais qu'il est pour ainsi dire linéaire et presque sans étendue; et que, de plus, ce collet n'existe jamais au niveau de l'anneau crural, mais au niveau de la paroi de l'infundibulum: et c'est là, dans ce dernier point, qu'est constamment le siége de l'étranglement.

Voici comment M. Demeaux traite cette question en se fondant sur plus de soixante dissections de hernie crurale.

« 1° L'étranglement n'a jamais lieu ni par l'anneau ni au niveau de l'anneau crural. Comme argument principal, je signalerai en premier ordre l'observation directe, qui m'a constamment démontré, dans les cas nombreux que j'ai pu observer, que l'anneau ne jouait aucun rôle. Il suffit, du reste, de se rappeler les diamètres relatifs de l'anneau crural et du volume d'une hernie crurale ordinaire, pour comprendre que celui-ci ne pourrait jamais produire l'étranglement. D'ailleurs, dans un mémoire que j'ai publié sur la formation du collet du sac, j'ai démontré que le collet venait se mouler sur l'ouverture fibreuse qui lui donnait passage. Or je n'ai jamais rencontré de collet au niveau de l'anneau crural. Ne puis-je pas rapporter aussi l'argument que M. Malgaigne fait

valoir, et que j'ai cité précédemment: que les vaisseaux cruraux devaient être étranglés en même temps que la hernie; un peu plus loin, du reste, je citerai d'autres faits aussi confirmatifs. On ne peut invoquer, pour soutenir l'opinion contraire, que des résultats d'opérations faites sur le vivant, ou des autopsies souvent fort incomplètes.

» 2° L'étranglement de la hernie crurale a lieu au niveau de la paroi de l'entonnoir que la hernie traverse. C'est surtout ici que je crois démontrer sans réplique la vérité de ma proposition, et infirmer, par conséquent, l'opinion contraire que j'ai déjà combattue par des arguments de peu de valeur, comparativement à ceux qu'il me reste à faire valoir. Sur un grand nombre de hernies crurales, le sac étant rempli, soit d'intestins, soit d'épiploon, j'ai pu couper le ligament de Fallope et une portion du *fascia lata*, placé au-dessous sans que l'entrée du sac fût dilatée. J'ai pu aussi couper le ligament de Gimbernat en respectant l'anneau fibreux, au niveau duquel le collet était placé, et le résultat a été le même. On pourra m'objecter que plusieurs fois, après avoir divisé l'anneau fibreux sans toucher à l'anneau péritonéal, la réduction s'opérait immédiatement; dans d'autres circonstances, j'ai fait d'autres expériences non moins probantes. J'enlevais complétement le sac, soit en l'excisant au dehors, soit en le réduisant du côté du ventre par de légères tractions, ce qui peut se faire avec beaucoup de facilité sur les hernies qui n'ont jamais subi d'étranglement. Ensuite, la pulpe du doigt étant portée dans l'ouverture fibreuse de laquelle j'avais retiré le sac herniaire, j'ai pu couper successivement le ligament de Gimbernat même, sans qu'il fût possible de constater le moindre agrandissement de l'ouverture. J'ai répété ces expériences un grand nombre de fois dans mes conférences sur les hernies, et en présence de mes collègues, MM. Debrou, Gosselin et Rendu. Une occasion s'est présentée de démontrer que, dans une hernie étranglée, la disposition était la même; je l'ai saisie avec empressement. Une femme fut apportée à l'Hôtel-Dieu au mois de février 1842, dans le service de M. Guéneau de Mussy. Cette malade était affectée d'une hernie étranglée, qui avait été méconnue en ville; aussi fut-elle envoyée par erreur dans un service de médecine. A ma visite du soir je fus averti qu'il y avait dans le service une femme affectée du choléra. Je l'examinai avec soin, et je constatai une hernie crurale étranglée. La malade était à l'agonie; je fis néanmoins prévenir un chirurgien, quoique j'eusse jugé l'opération inutile. Une heure après la malade était morte; je prévins mes collègues de l'occasion qui se présentait de démontrer ma proposition. Le cadavre fut apporté dans mon cabinet à l'école pratique; et, après avoir fait constater que la hernie, sous tous les rapports, avait bien la disposition normale, je pratiquai moi-même la dissection sous les yeux de MM. Debrou et Gosselin. Toutes les parties étant mises à nu, je coupai le ligament de Fallope dans toute son épaisseur, et je fis constater que la résistance au collet du sac était la même. Je fis constater aussi que cette résistance n'existait pas seulement au niveau du collet du sac, mais bien sur un anneau fibreux au niveau duquel celui-ci était placé. Plus tard, sur cette même pièce, j'ai pu couper aussi le ligament de Gimbernat; et après cette dernière section, le collet et l'anneau fibreux [déjà mentionnés opposèrent la même résistance.

» L'étranglement au niveau de la paroi de l'infundibulum peut avoir lieu par le collet du sac: c'est ce que démontrent des exemples nombreux, entre autres ceux dans lesquels les hernies ont été réduites en masse; mais il peut aussi avoir lieu par l'anneau fibreux. M. Malgaigne lui-même ne l'a pas nié, et d'ailleurs j'en ai moi-même observé des exemples, entre autres dans le cas que j'ai cité plus haut, où, après avoir réduit l'intestin en exerçant des tractions sur le sac du côté du ventre, on déplissait complétement le collet, au point qu'il n'existait plus: et cependant l'étranglement avait été si complet que l'anse intestinale herniée était gangrenée. Il me serait difficile d'établir dans quelles proportions existe l'étranglement par le collet ou par l'ouverture fibreuse. Ne pouvant donner à ce sujet que des résultats hypothétiques, je préfère m'abstenir. » (Demeaux, *Annales de chirurgie*, t. IX, p. 489.)

Pronostic de la hernie crurale. — Cette hernie est plus grave que la hernie inguinale, parce qu'elle n'est pas au même degré susceptible d'une cure radicale, et parce qu'elle s'étrangle plus souvent, et en général avec plus d'intensité.

Traitement de la hernie crurale. — Si la hernie est simple, la première indication est de la réduire quand rien n'y met obstacle. Sans revenir ici sur ce que nous avons dit du taxis en général, nous nous bornerons aux détails essentiels. Le membre inférieur doit être dans une légère extension, parce que si la membrane fibreuse traversée par la hernie est dans le relâchement, l'anneau fibreux se laissera déprimer sous la pression qui le refoule avec le viscère au lieu de réduire celui-ci. Cependant M. Vidal, de Cassis, est d'un avis opposé, et voici comment il s'exprime à cet égard :

« Pour réduire la hernie crurale, il faut placer le malade sur le dos, la tête et la partie supérieure du tronc soulevées par des oreillers, les cuisses fléchies à angle droit et les genoux rapprochés. Les parties fibreuses qui concourent à former l'ouverture crurale sont ainsi dans le relâchement. » Il ajoute : « Si la hernie peu volumineuse n'avait pas traversé la paroi antérieure du canal crural, il faudrait la repousser de bas en haut et un peu en dehors; mais quand elle a franchi le *fascia cribriformis*, ce qui a lieu dans l'immense majorité des cas, on commence par la comprimer de haut en bas pour faire descendre vis-à-vis l'éraillure du *fascia* sa partie supérieure, qui s'est coudée sur le bord supérieur de cette ouverture; puis, tout en la soutenant avec les doigts des deux mains à cette hauteur, on la comprime d'avant en arrière, et un peu de dedans en dehors avec les deux pouces, comme pour l'enfoncer dans la cuisse (A. Cooper), et on la repousse enfin dans la direction du canal. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 498, 2e édit.)

La pelote des brayers cruraux doit être étroite pour ne pas gêner la flexion du membre. La courbure du ressort qui incline la pelote en bas est plus forte que dans le bandage inguinal.

Mais quelque parfait que soit le bandage, quelque méthodique que soit son application, comme il n'y a pas ici deux parois à rapprocher l'une de l'autre, l'usage continu du brayer amène rarement la guérison radicale. Le procédé de Jameson de Baltimore ne promet pas un plus heureux résultat.

Lorsque la hernie crurale étranglée résiste au taxis, il ne reste plus qu'à procéder à l'opération. On pratique aux téguments une incision simple, parallèle au grand axe de la tumeur. Si le volume de cette tumeur rendait l'incision simple insuffisante, on recourrait à l'incision cruciale adoptée par Dupuytren, ou à l'incision en T, ou à celle en ⊥ renversé d'A. Cooper, en prenant garde, dans tous les cas, de respecter la veine saphène. Après la peau vient le *fascia superficialis*, qu'on divise de même, puis le *fascia propria*, formé comme on sait par le septum crural, et poussé par la hernie à travers l'ouverture du fascia criblé; on découvre et l'on ouvre le sac suivant les préceptes généraux que nous avons exposés.

Après l'incision du sac, on passe au débridement. Le sens dans lequel on l'a pratiqué a varié comme la théorie du mécanisme de l'étranglement et des dangers de l'incision de l'agent supposé ou réel de cet étranglement. Pott conduisait le bistouri sur la pulpe de l'index, derrière l'arcade crurale, et faisait sur elle un petit débridement. D'autres ont débridé obliquement en haut et en dedans, ou en haut et en dehors sur ce ligament. Gimbernat débridait sur le ligament qui a conservé son nom; et Scarpa, Boyer, Lawrence et un grand nombre de chirurgiens ont suivi cette voie. A. Cooper rejette ce procédé comme étant d'une exécution difficile, à cause de la situation profonde du ligament sur lequel il porte, et comme exposant l'intestin à être déchiré par les tractions en dehors qu'on lui fait subir pour faire place au bistouri, ou à être blessé par cet instrument, qu'on est obligé d'introduire sur la sonde cannelée ou même sans conducteur, à cause de l'étroitesse de l'ouverture crurale. A. Cooper reproche encore à ce procédé son insuffisance pour les hernies d'un grand volume, et le danger qu'il fait courir à l'artère obturatrice dans le cas où, née un peu haut de l'épigastrique,

elle contourne en dedans le col de la hernie ; il signale aussi à ce sujet la difficulté extrême de lier cette artère. Après avoir incisé le sac jusqu'à la gaîne crurale, le chirurgien anglais introduit l'index dans ce sac au-devant des viscères, et incise la paroi antérieure de la gaîne jusqu'à l'arcade. Suivant lui, ce débridement suffit dans les hernies d'un petit volume; et quand il devient insuffisant, l'opérateur fait un second débridement par lequel il divise superficiellement le bord postérieur du ligament de Fallope; s'il est obligé de diviser en entier ce ligament, il y procède en dirigeant le tranchant de l'instrument vers l'ombilic. Chez l'homme, pour éviter le cordon spermatique, on l'éloigne du tranchant du bistouri en le soulevant à travers une incision de l'aponévrose du grand oblique. Cette incision, parallèle au ligament de Fallope, est à 6 millimètres environ au-dessus du col de la hernie. C'est par cette fenêtre qu'est passé le crochet qui soulève le cordon, et qui est confié à un aide. Ce procédé a contre lui sa complication et l'affaiblissement de l'aponévrose du grand oblique.

Dupuytren débridait en haut et en dehors avec un bistouri boutonné, courbe, tranchant sur sa concavité, procédé suivi par Sanson.

Les recherches anatomiques de M. Demeaux ont singulièrement simplifié la question du débridement de la hernie crurale. En établissant que l'étranglement est constamment produit par l'ouverture vasculaire dilatée du fascia criblé, ou par le collet du sac, il a démontré l'inutilité du débridement sur le ligament de Fallope ou celui de Gimbernat. Ces débridements n'ont réussi que parce qu'ils étaient infailliblement accompagnés de la division du pourtour de l'ouverture du fascia criblé et du col du sac. Les débridements en haut et en dehors de Dupuytren et de Sanson, le débridement en haut de M. Velpeau ne sont que des incisions du fascia criblé, prolongées jusque sur le repli falciforme du *fascia lata*, ou même au delà. Quelle que soit la direction de l'incision pratiquée sur les bords de cette ouverture, ce débridement réussit à dégager la hernie. La demi-circonférence supérieure de cette ouverture, peut être débridée dans toutes les directions, car les vaisseaux normaux ou anormaux sont toujours éloignés de plus d'un centimètre; ce serait le cas d'employer le débridement multiple. La demi-circonférence inférieure ne doit pas être touchée, dans la crainte de blesser la veine saphène.

Dans la hernie crurale, l'étranglement, trop généralement serré, rend le débridement difficile.

Le débridement exécuté, on se comporte suivant les préceptes qui concernent les opérations de cette nature, et que nous avons exposés plus haut.

C'est ici surtout qu'il faudra se tenir en garde contre un accident que le degré de la constriction de l'intestin rendra peut-être plus fréquent à cet anneau qu'ailleurs : nous voulons parler de la persistance de la suppression des selles après que l'étranglement est levé et l'intestin réduit, suppression qui peut résulter exclusivement de l'inertie de l'intestin, ainsi qu'on le voit dans le fait suivant. Rien n'est plus capable de peindre les perplexités de l'opérateur et de les prévenir. Le fait a été recueilli à la clinique de Blandin, par M. Morel-Lavallée.

Obs. 2. « Le sujet est une femme d'une cinquantaine d'années. Elle portait depuis deux ans une hernie crurale gauche qui sortait et rentrait de temps en temps. Depuis cinq jours il y a des symptômes non équivoques d'étranglement: des éructations, des vomissements qui ont présenté ce matin le caractère fécal, pas de matière ni même de gaz rendus par l'anus. La tumeur est douloureuse et d'un rouge violacé très intense.

» Il s'agit d'une hernie étranglée ; à cet égard le diagnostic est très clair; ce qui l'est moins, c'est la composition de la hernie. On peut bien assurer qu'il y a de l'intestin ; l'intensité des symptômes, la suppression complète des selles et la nature des vomissements ne permettent pas d'en douter. Mais n'y a-t-il que de l'intestin? C'est une question qui dans l'état actuel des choses est devenue insoluble. La tumeur est trop enflammée pour qu'on puisse à l'aide du toucher y rechercher la présence de l'épiploon. Heureusement que l'éclaircissement de ce point importe peu à la décision que nous avons à prendre. Il

en est tout autrement de la question suivante, qui est, il est vrai, beaucoup plus facile à résoudre : Quel est l'état de la hernie?

» Nous commençons par poser un fait, que la gangrène s'en est emparée. Nous fondons ce diagnostic, d'abord sur le degré probable de la constriction exercée par l'anneau. Sous l'influence d'une hernie datant de deux ans, le canal inguinal se serait dilaté, constitué qu'il est par des éléments qui cèdent beaucoup plus aisément. L'anneau crural est bien moins extensible. Son côté postérieur, formé par la branche horizontale du pubis, résiste comme résistent les os ; son côté antérieur, représenté par la partie la plus solide du ligament de Fallope, son côté interne ou le ligament de Gimbernat, ne se laissent que difficilement refouler ; le côté externe, qui est le feuillet profond du *fascia lata*, est le moins inextensible, et l'est cependant encore à un haut degré. Ensuite, il y a cinq jours que la hernie est étranglée, temps plus long qu'il ne faut à une hernie crurale pour se gangrener. Enfin, la tumeur est d'un rouge violacé intense, et la pression du doigt y produit des craquements : c'est là un signe manifeste de gangrène. On ne peut pas supposer qu'elle n'a son siége que dans les couches extérieures du sac, car elle procède toujours dans ce cas de la hernie à ses enveloppes, de dedans en dehors. L'intestin est donc sphacélé, rompu ou près de se rompre. Quel doit être ici le rôle du chirurgien?

» Abandonnée à elle-même, la hernie pourrait guérir par les seuls efforts de la nature ; alors des adhérences s'établissent à l'anneau, et il se forme un anus anormal. Permettez-moi de vous rappeler un exemple fameux de cette guérison spontanée. J.-L. Petit, en passant dans une auberge, reconnaît l'odeur de la gangrène. Il s'informe de la maladie et examine le malade. C'était une hernie gangrenée. Il annonce un résultat heureux et fait quelques prescriptions pour l'assurer. A son retour, le sujet était hors de danger.

» Mais une telle issue est trop rare pour qu'on puisse y compter, et nous allons pratiquer l'opération.

» Un pli transversal est formé aux téguments sur le milieu de la tumeur, et une incision parallèle à la tumeur et perpendiculaire à ce pli est faite jusqu'à la base de ce dernier. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré d'un liquide noirâtre exhalant une odeur de gangrène. Une abondante sérosité permet aisément de reconnaître le sac et d'y pénétrer. Comme l'engorgement du tégument gêne l'examen de la hernie, on fait une seconde incision perpendiculaire à la première. On examine avec soin l'intestin grêle, dont une anse constitue seule la hernie. Il est d'un brun foncé, ses parois sont très épaissies.

» Nous regrettons de ne pouvoir donner plus complétement les caractères de la gangrène, mal placé que nous étions pour les apprécier ; ils ont paru incontestables à M. Blandin, puisqu'il s'est décidé à ne pas débrider et à ouvrir l'intestin pour l'établissement d'un anus anormal. Ce chirurgien a introduit une sonde de femme dans le bout que la plus grande dilatation indiquait comme étant le bout supérieur. Il ne s'est écoulé aucune matière ni solide, ni liquide, ni gazeuse, par l'instrument. On l'a laissée à demeure, dans l'espoir que cette évacuation se ferait d'elle-même plus tard. »

Dans la suivante leçon le professeur a repris l'histoire de cette malade, et donné les indications qui ont pu naître sous le bistouri.

« En opérant la hernie dont l'étranglement remontait à cinq jours, nous n'avions point débridé; l'état gangréneux de l'intestin, la crainte de détruire autour de l'anneau des adhérences salutaires, nous en avaient empêché. Nous avions dû nous borner à inciser l'intestin, à introduire une sonde de femme dans le bout supérieur et à l'y laisser à demeure. Contre notre attente, ni matière fécale ni gaz ne s'échappèrent immédiatement par cet instrument. Nous fîmes reporter la malade à son lit, dans l'espoir que cette évacuation pourrait s'établir plus tard. Mais non : à la visite du lendemain, nous trouvâmes la malade à peu près comme nous l'avions laissée la veille ; la sonde n'avait livré passage à aucun produit intestinal. Que faire? Dans l'idée que la sonde de femme n'avait peut-être pas été engagée assez avant, et que les yeux en avaient pu être bouchés par la

partie étranglée, je remplaçai cette sonde de femme par une sonde en gomme élastique, et je l'enfonçai profondément. Pensant, d'un autre côté, que la sonde de femme qui avait séjourné dans l'intestin avait pu se tromper de bout et avoir pris la direction de l'inférieur, au lieu de pénétrer dans le supérieur, je mis également une sonde de caoutchouc dans l'autre bout, dans celui qui devait être l'inférieur, mais qui pouvait être le supérieur. Rien ne sortit encore ni par le canal des instruments, ni en dehors de leurs parois. J'attendis encore jusqu'au lendemain, et toujours inutilement.

» A la visite du second jour qui suivit l'opération, la malade n'avait rien rendu non plus. Sa position ne paraissait pas d'ailleurs avoir empiré ; elle demandait même des aliments, et il n'y avait pas de signe appréciable de péritonite. Mais les vomissements avaient continué, et le ballonnement du ventre avait augmenté à tel point, que les circonvolutions intestinales se dessinaient et pouvaient presque se compter à travers les parois abdominales.

» Dans l'hypothèse que la contraction spasmodique du bout inférieur de l'intestin avait pu l'appliquer sur la sonde et en fermer ainsi les yeux, ou qu'un obstacle imprévu, qui ne pouvait être levé que par une nouvelle opération, s'opposait au rétablissement du cours des matières fécales, cette opération fut arrêtée: elle devait consister à débrider pour attirer ensuite au dehors les deux extrémités de l'intestin et en apprécier mieux l'état, en les mettant ainsi à la portée des yeux et de la main. Afin de ménager d'utiles adhérences, et de prévenir la rétraction de l'intestin dans la cavité abdominale, s'il venait à s'éloigner de l'anneau par la rupture intempestive des liens accidentels qui l'y attachaient, je débridai de dehors en dedans, comme je l'avais déjà fait plus d'une fois avec succès. Les couches extérieures du ligament de Gimbernat furent attaquées successivement; ce ligament lui-même fut divisé avec précaution, en procédant de la face superficielle à la face profonde. Les deux bouts de l'intestin, après le décollement de quelques molles adhérences, furent amenés au dehors dans la longueur de 2 centimètres environ. A notre grand étonnement, il ne s'est fait aucune expulsion de matières fécales. Une sonde est placée dans le bout supérieur : rien ; une autre l'est dans l'inférieur : rien encore. En désespoir de cause, nous laissons ces deux instruments à demeure jusqu au lendemain matin, en prescrivant un lavement purgatif; mais le résultat a toujours été le même : rien ne sortit ; et la malade est morte le soir de ce jour, le troisième à dater de la première opération et le huitième à dater de l'étranglement.

» Comment expliquer cette suspension prolongée, opiniâtre, du cours des matières fécales, malgré l'ouverture de l'intestin, malgré la levée de l'étranglement, malgré la situation des deux extrémités de l'intestin à l'extérieur et la présence permanente d'une sonde dans leur cavité. Trouvera-t-on à l'autopsie un bouchon fécal, ce qui serait extraordinaire ; dans l'intestin grêle, un étranglement interne, un volvulus? Ce sont des conjectures dont aucune ne me paraît vraisemblable, et je ne les émets qu'à cause de l'impossibilité d'indiquer d'une manière plus plausible la nature de l'obstacle qui s'est opposé, malgré tous nos efforts, au rétablissement du cours des matières fécales. »

Le lendemain, après l'autopsie, M. Blandin s'exprime ainsi :

« L'ouverture du cadavre, loin de faire cesser notre étonnement, l'a plutôt accru. Savez-vous quel obstacle nous devions trouver? Aucun : l'intestin était partout parfaitement libre, et il avait conservé son calibre. Ainsi, chacune des trois opérations que nous avons régulièrement exécutées devait, dans les cas ordinaires, sauver la malade. En effet, si des évacuations avaient eu lieu, elles auraient sans doute empêché le développement de la péritonite qui a occasionné la mort. Cette supposition semble d'autant plus fondée, que l'inflammation de la séreuse était peu intense, et seulement caractérisée par quelques onces de liquide trouble dans le petit bassin, et par quelques fausses membranes peu prononcées aux environs de l'anneau.

» L'intestin s'est-il resserré spasmodiquement sur la sonde, dont il aurait ainsi obturé les yeux? des flocons de matières fécales les ont-ils bouchés? C'est difficile

à admettre ; et cependant je ne comprends pas autrement le phénomène : et une autre fois j'emploierai une sonde plus volumineuse, percée d'un seul œil à son extrémité, dans la direction de son axe, parce que de la sorte les matières s'y engageront plus aisément.

» La singularité de ce fait, dit M. Morel-Lavallée, nous a suggéré les réflexions suivantes, que nous soumettons avec réserve au savant professeur. Les sondes ayant toujours pénétré librement dans l'intestin, où elles conservaient une grande mobilité, cette condition n'exclut-elle pas l'occlusion des yeux de ces instruments par la contraction spasmodique de l'organe? L'intestin n'étant pas resserré, des flocons ont bien pu boucher les yeux de la sonde ; mais alors les matières ne seraient-elles pas sorties à côté de l'instrument? S'il nous était permis d'avoir une opinion après M. Blandin, nous verrions ailleurs l'obstacle au rétablissement des évacuations ; nous nous demanderions s'il n'était pas tout entier dans l'inertie de l'intestin survenue sous l'influence d'une distension excessive et d'une péritonite commençante ; double conséquence bien naturelle d'un étranglement si prolongé. Et alors, nous nous demanderions encore si un lavement porté dans le bout inférieur devait suffire pour réveiller les contractions du bout supérieur depuis longtemps distendu par les matières accumulées ; s'il eût été inopportun d'administrer un purgatif par la bouche, ou même un lavement directement dans le bout supérieur. Ce sont là les idées auxquelles nous nous arrêterions, si elles n'étaient pas désapprouvées par M. Blandin. » (Morel-Lavallée, *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 82.)

Les remarques de M. Morel-Lavallée sont d'autant plus importantes qu'elles s'appuient sur des faits observés par Louis, qui avait déjà fortement insisté sur l'utilité des purgatifs en pareil cas. Comme il s'agit ici d'un point de pratique du plus haut intérêt, nous emprunterons à Louis ce passage :

« Il y a sept ou huit ans que je fis l'opération du bubonocèle à un homme de soixante ans environ, qu'on avait amené deux heures auparavant à l'hôpital de la Charité. On nous dit en gros qu'un chirurgien de la ville lui avait donné tous les secours possibles, et qu'ayant décidé l'opération urgente, on avait pris le parti de conduire le malade à l'hôpital. Les accidents étaient pressants, et l'état de la tumeur ne laissait entrevoir aucune espérance de réduction par de nouvelles tentatives. L'opération ne fut ni longue ni laborieuse : l'intestin était un peu rouge, comme il doit l'être quand il a souffert de l'étranglement, et que les premiers symptômes ont annoncé l'inflammation. Aucune opération de ce genre ne m'a promis, au moment de la réduction, un succès plus heureux ; et néanmoins le malade est mort en moins de vingt-quatre heures dans les mêmes accidents qu'il éprouvait avant que de se faire opérer.

» A l'ouverture du cadavre, je trouvai le canal intestinal plein de matières fluides entre l'estomac et la partie qui avait été étranglée. Les gros intestins étaient remplis de matières fécales fort dures et en grande quantité. Le malade n'avait pas voulu prendre de lavements ni avant ni après l'opération ; il me parut certain, par le bon état de la portion intestinale qui avait été comprise dans la poche herniaire, qu'un minoratif, comme une décoction de casse, aiguisée d'un sel purgatif tel que celui d'Epsom, aurait procuré l'expulsion des matières et tiré cet homme des bras de la mort. Dionis en a donné formellement le précepte, qui n'est pas assez exactement suivi dans la pratique. Quand les accidents continuent après l'opération, il faut, dit-il, faire prendre au malade quelques verres de tisane laxative pour conduire les matières par le chemin qu'elles doivent tenir. Il assure en avoir donné toujours heureusement, et que le vomissement cessait aussitôt que le malade avait fait une selle. L'amour de la vérité lui fait avouer qu'il a l'obligation de cette pratique à M. Moreau, premier médecin de madame la dauphine.

» Ce point est assez intéressant pour y joindre l'observation que notre auteur a eu occasion de faire à ce sujet pendant son séjour à Lyon, en allant au-devant de madame la duchesse de Bourgogne, mère du roi. M. Parisot, habile chirurgien de Lyon, avait fait l'opération du bubonocèle à une

demoiselle. Ses médecins s'alarmèrent de ce que les vomissements n'étaient point cessés aussitôt que l'opération eut été faite, et, suivant leur coutume (je me sers des termes de Dionis), ils en accusèrent l'opérateur, disant qu'il n'avait pas assez débridé l'anneau. On avait fait avaler à la malade plusieurs balles de plomb et trois ou quatre onces de vif-argent par-dessus, prétendant qu'il coulerait plus vite que les balles. Il y avait quatre médecins, dont M. Falconet était du nombre. Dionis leur fit sentir les suites fâcheuses que pouvait avoir cette pratique, en leur représentant que la portion des boyaux qui avait été enfermée dans la tumeur, ayant dû être dilatée par les matières qu'elle avait contenues, et par conséquent étant affaiblie, ces balles et ce vif-argent pourraient s'arrêter dans cet endroit comme dans une poche, et par la pesanteur faire crever le boyau et causer ainsi la mort. Il leur proposa de donner sur-le-champ un verre de purgatif, et, deux heures après, un autre ; aussitôt que le ventre fut ouvert, le vomissement cessa, la malade guérit et les médecins furent forcés de rendre justice à M. Parisot.

» Ces exemples suffisent pour faire voir d'une part le danger qu'entraîne l'omission des purgatifs après l'opération, et de l'autre, les avantages que procure ce secours. On a donc oublié très mal à propos d'en faire mention dans la plupart des ouvrages destinés à l'instruction des jeunes chirurgiens : si les lavements ne remplissent pas efficacement l'indication urgente, il faut avoir recours, et promptement, aux tisanes laxatives. » (Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 309.)

Mais quelle que soit, en général, l'efficacité des purgatifs dans cette circonstance, nous avons déjà vu qu'il est des cas où ils ne peuvent triompher de l'inertie de l'intestin. Le chirurgien pourrait donc se trouver, pour conjurer un danger imminent, dans la nécessité de recourir à la ressource extrême de l'entérotomie. Nous n'avons pas besoin de dire combien il faut être convaincu de l'impuissance des moyens ordinaires, avant d'entreprendre une opération de ce genre.

Comme elle est très grave, et qu'elle n'a encore été exécutée que deux fois, nous allons rapporter le second fait, tel qu'il a été brièvement exposé à la Société de chirurgie par son auteur, M. Nélaton.

« Il y a dix jours, j'ai opéré un jeune homme de quinze ans, affecté d'une hernie étranglée datant de huit jours. L'état était grave : le ventre était ballonné, la tumeur dure et douloureuse. L'opération faite, un purgatif fut administré qui fut sans effet, un second purgatif ne servit pas davantage. Les accidents d'étranglement persistant, je me décidai à pratiquer sur la ligne médiane une ponction pure et simple de l'intestin, avec un petit trocart. Il sortit un peu de gaz et un peu de liquide stercoral, la moitié d'un verre environ. L'abdomen fut recouvert de vessies pleines de glace ; les vomissements persistant, les selles ne se rétablissant pas et la face s'altérant de plus en plus, je me décidai à imiter la conduite de M. Maisonneuve : je cherchai une anse intestinale que j'amenai à la plaie faite pour le débridement herniaire et je l'incisai. Il s'écoula tout de suite une grande quantité de matières fécales, les selles se sont rétablies ; il reste maintenant un anus contre nature que j'espère guérir.

» M. Marjolin : J'ai opéré à l'hôpital de Bon-Secours une femme qui portait une hernie crurale étranglée ; la tumeur était oblongue, rouge par suite de taxis. Lorsque j'incisai, je trouvai le sac presque immédiatement sous la peau. Le débridement fut fait sur le ligament de Gimbernat ; après l'opération, saignées, sangsues, bains ; les matières fécales ne se sont rétablies qu'au bout de huit à dix jours, à la suite de l'établissement spontané d'un anus contre nature, qui se guérit tout seul huit jours après. » (*Gazette des hôpitaux*, 1849, p. 250. — *Compte rendu de la Société de chirurgie.*)

On voit avec quelle réserve il faut employer une pareille opération, et combien le sort du malade doit être désespéré sous l'influence des autres moyens, pour qu'on ait recours à celui-là, dont le danger ne saurait être douteux.

ARTICLE IV.

Hernie ombilicale.

La hernie ombilicale, encore appelée omphalocèle, est la hernie qui se fait par

l'anneau ombilical ou par une éraillure aponévrotique du pourtour de cet anneau.

Il y a trois sortes de hernies ombilicales : 1° l'omphalocèle *congénitale*, qui existe au moment de la naissance ; 2° l'omphalocèle *des enfants*, qui se forme quelque temps après la chute du cordon ; 3° enfin l'omphalocèle *des adultes*, suffisamment définie par sa dénomination même.

Comme ces trois espèces de hernies offrent des différences capitales, surtout au point de vue étiologique et pratique, nous en traiterons séparément.

Omphalocèle congénitale. — Cette variété étant un vice de conformation, une monstruosité plutôt qu'une hernie proprement dite, nous devons, avant d'exposer l'étiologie, la faire connaître par ses principaux caractères anatomiques.

Ce n'est pas seulement par l'époque de son apparition et par sa gravité que cette hernie se distingue des autres exomphales, mais encore parce que sa circonférence seule est recouverte de la peau de l'abdomen.

L'omphalocèle congénitale est contenue dans la base élargie du cordon ombilical, dont les éléments se trouvent, en conséquence, dans les parois de la tumeur. L'enveloppe extérieure de la hernie est parfaitement lisse ; elle est constituée par la membrane externe du cordon. Sous cette première couche, on trouve un amas de la gélatine de Warton. La troisième couche est le sac herniaire, prolongement très mince du péritoine. A l'extérieur de ce sac rampent les trois vaisseaux ombilicaux étalés dans la tumeur, comme si le péritoine s'était engagé dans leur intervalle, en refoulant la veine en haut et les deux artères sur les côtés. L'intervalle de ces trois branches vasculaires se traduit quelquefois au dehors par trois bosselures ; la tumeur présente alors la forme trilobée. Après s'être écartés, ces trois vaisseaux convergent au sommet de la hernie pour se continuer dans la partie non dilatée.

La transparence des trois enveloppes de la hernie, membrane externe, gélatine de Warton et péritoine, permet d'apercevoir les viscères dans la tumeur, et jusqu'aux mouvements vermiculaires de l'intestin, ainsi que Ruysch en a rapporté des exemples. La hernie peut être complétement ou incomplétement transparente, suivant sans doute son contenu ou l'épaisseur différente d'une portion de ses parois.

La base de la tumeur n'offre pas cette transparence, parce que, dans ce point, c'est la peau qui constitue l'enveloppe extérieure de la hernie. C'est la peau du pédicule du cordon ombilical, et qui se termine, autour de la base de la hernie, par un rebord ondulé, épais et rougeâtre.

Les vaisseaux ombilicaux ne sont pas toujours étalés autour de la hernie : M. Chassaignac a vu les artères ombilicales sur le même côté que la tumeur (*Archives de médecine*, t. XI, 2e série, p. 80) ; ou bien la hernie se fait sur le côté du cordon, qui naît alors de la base de l'omphalocèle, au lieu de s'élever de son sommet.

Telle est, en général, la disposition des enveloppes ; nous allons maintenant examiner ce qui concerne les viscères herniés. A cette époque de la vie, l'épiploon, n'étant que rudimentaire, ne se rencontre presque jamais dans l'exomphale : c'est presque toujours l'intestin grêle qui s'y trouve. Une portion plus ou moins pédiculée du bord antérieur du foie s'y engage dans quelques cas ; sa face supérieure plus ou moins déformée peut également entrer dans une étendue variable, dans la cavité du sac. La présence de cet organe dans l'omphalocèle lui donne une teinte brune et de la matité.

L'anneau ombilical est très dilaté, la ligne blanche élargie, les muscles droits plus développés et plus écartés qu'à l'état normal.

Voilà quels sont les caractères de l'omphalocèle de moyen volume, qui, étant le cas le plus ordinaire, s'offrait naturellement comme type de la description. Nous allons maintenant examiner les cas extrêmes.

Au premier degré, la hernie consiste dans la présence d'une petite anse d'intestin grêle dans la base du cordon. Au contraire, lorsque la hernie atteint un grand volume, une portion variable de la peau et des muscles de la région manque, et la lacune qui résulte de cet arrêt de développement n'offre pas autre chose que le péritoine ou la base élargie du cordon. On a vu, dans de semblables tumeurs,

tout un paquet du tube intestinal, le foie, la rate, l'estomac. L'imperfection des parois abdominales peut être portée bien plus loin encore; elles sont quelquefois réduites au péritoine, comme dans le cas de Ruysch, et laissent alors apercevoir le tube digestif dans toute l'étendue du ventre. Le péritoine peut manquer lui-même; la paroi entière manque, et les viscères se trouvent complétement à nu. On lira des exemples de ces monstruosités dans les ouvrages de Méry, Haller, Sœmmerring, Voigtel, Isid Geoffroy Saint-Hilaire (*Histoire des anomalies de l'organisation*, Paris, 1832, t. I, p. 371).

L'omphalocèle congénitale n'est pas très rare. A. Paré, Ruysch, en parlent dans ce sens; mais Hamilton, cité par A. Cooper, en exagère sans doute un peu la fréquence, en disant en avoir observé au moins deux cas par an.

« Quelle peut être la cause de ce vice de conformation, dit M. Bérard? On ne doit pas invoquer ici les influences qui produisent la hernie après la naissance; car le fœtus n'exécute pas dans le sein de sa mère ces efforts de respiration qui poussent les viscères au travers des ouvertures des parois abdominales. En général, l'exomphale congéniale n'est point une maladie acquise, c'est plutôt un développement *arrêté*. Vers la cinquième semaine de la vie embryonnaire, l'intestin, à partir de l'estomac, se dirige obliquement en avant dans la base du cordon ombilical, se réfléchit à l'endroit où il communique avec le canal qui vient de la vésicule ombilicale, après quoi il revient dans le ventre pour se continuer avec le rectum. Ce n'est que peu de temps après le troisième mois que l'intestin s'est complétement retiré du cordon pour se loger dans l'abdomen. Or, si cette évolution ne s'accomplit pas, si une portion plus ou moins considérable du tube digestif n'effectue pas sa rentrée dans l'abdomen, il y aura omphalocèle congéniale. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'on en ait vu sur de très jeunes embryons. Albinus l'a observée sur un embryon de deux pouces (*Annot. academ.*, lib. I, t. I, p. 3), et Wrisberg sur un embryon de dix semaines. On voit qu'il ne s'agit pas d'expliquer comment les viscères sont venus dans le cordon, mais comment ils y sont restés. Voilà le principal problème d'étiologie à résoudre touchant l'omphalocèle congéniale.

» M. James Simpson (*Pathologie intra-utérine; — De la péritonite chez le fœtus considérée comme cause de hernie et de vices de conformation*, dans *Archives de médecine*, nouvelle série, t. V, p. 34) a proposé une explication assez ingénieuse de l'exomphale congéniale. En voici la substance. Supposez qu'une péritonite circonscrite ait causé l'adhérence du viscère hernié avec quelques uns des points de la gaîne ombilicale, il ne pourra rentrer dans le ventre, et l'anneau ombilical ne se fermera pas. Il cite quelques faits à l'appui de cette manière de voir. Ainsi, d'après Scarpa, « un des principaux obstacles à la réduction complète de la hernie ombilicale congéniale est l'*adhérence* morbide entre les intestins herniés et les parois du sac. » M. Cloquet a constaté l'existence d'une péritonite circonscrite dans une hernie ombilicale, et M. Reid aurait vu les parties contenues dans une exomphale (cœcum, appendice vermiculaire et deux circonvolutions de l'iléon tellement adhérentes au sac et à la gaîne du cordon, que, dans son opinion, ces adhérences avaient dû se former dans la première période de la vie fœtale.

» Cette théorie ne peut comprendre, à mon gré, le plus grand nombre des omphalocèles congéniales; car les adhérences n'y sont pas extrêmement connues. Du reste, il n'est pas impossible que la hernie congéniale se forme quelquefois, lorsque depuis longtemps les intestins ont quitté le cordon. Scarpa a observé que si l'on pousse le péritoine d'arrière en avant dans l'anneau ombilical, sur un fœtus de sept mois, on donne naissance à une espèce de sac herniaire; et que si l'on exerce une traction sur le cordon, on voit le péritoine entrer dans la base de celui-ci, sous forme d'infundibulum (*Traité des hernies*, traduit par M. Cayol, p. 317). D'après cette dernière expérience, il pense que la hernie peut se former dans le sein de la mère, lorsque le cordon, se trouvant enroulé autour d'une partie du fœtus, est accidentellement soumis à quelque tiraillement.

» Un accouchement laborieux peut avoir pour résultat d'augmenter le volume d'une hernie qui existe déjà. Enfin, parmi les

hernies qu'on appelle *congéniales*, il en est sans doute qui se forment au moment où la respiration s'établit.

» On voit, d'après ce qui précède, que la hernie congéniale provient tantôt de ce que les viscères présentement situés dans le cordon n'en sont pas sortis, et tantôt de ce que les viscères ont été poussés ou attirés dans le cordon. Dans le premier cas, la maladie remonte à l'état embryonnaire; dans le second elle appartient à l'état fœtal, et peut même ne se produire qu'au moment de la naissance. » (P.-H. Bérard, *Dict. de médecine*, nouv. édit., t. XXII, p. 27).

Personne ne prendrait aujourd'hui cette hernie pour un abcès, comme cela se faisait au temps d'Ambroise Paré. Une méprise non moins grave, commise encore trop souvent, consiste à ne pas apercevoir une petite hernie de la base du cordon, et à la comprendre dans la ligature qui se pratique après l'accouchement. Sabatier a vu trois fois les suites de cette erreur, et Dupuytren sept à huit fois. (Barret, *Thèse*, 1833, n° 162.) Il serait facile d'en citer un bien plus grand nombre. La conséquence d'une pareille méprise, c'est l'étranglement intestinal avec tous ses symptômes et ses terminaisons les plus funestes, l'anus contre nature et la mort.

L'exomphale congéniale avec imperfection notable des parois abdominales amène presque constamment la mort.

Le pronostic de l'exomphale congéniale est grave, et l'on comprend aisément cette gravité en réfléchissant que l'enveloppe de la hernie, qui tient lieu de la paroi abdominale au niveau de l'ombilic, appartient au cordon, se détruit avec lui quelques jours après la naissance. Lorsque le sac péritonéal a été compris dans la mortification du cordon, ce qui est le cas ordinaire, les intestins se trouvent à nu; et qu'ils s'échappent ou non du ventre, il se déclare une péritonite mortelle. Il y a à ce grave pronostic, sur lequel insiste Morgagni, quelques exceptions que nous indiquerons plus loin.

Ce qui précède s'applique aux exomphales d'un certain volume; celles qui consistent simplement dans la présence d'une petite anse intestinale cachée dans la racine du cordon n'offrent aucun danger, si l'on sait les reconnaître et les réduire avant la ligature du cordon.

Pour le traitement, il importe de distinguer les trois degrés suivants :

1° S'il ne s'agit que d'une petite portion d'intestin grêle cachée dans la base du cordon, on la réduira; puis, le cordon lié, on en attendra la chute pour se conduire comme dans les cas de hernie ombilicale chez les jeunes enfants.

2° Si la plus grande partie des parois abdominales est remplacée par le cordon élargi et contenant presque tous les viscères digestifs, la mort est presque inévitable; cependant le fait suivant apprend à ne pas trop désespérer des efforts de l'art dans ces cas graves.

Obs. 3. « Je fus mandé, le 1er août 1838, par le sieur Maçon (Claire), de la commune de Saint-Pierrebrouck, pour donner mes soins à un enfant du sexe féminin, dont sa femme venait d'accoucher. Cette enfant était atteinte d'une exomphale énorme : tout le paquet intestinal faisait hernie, et se voyait à travers une pellicule très légère, formée par la distension des membranes du cordon ombilical. La tumeur ainsi constituée offrait 24 centimètres du pourtour à la base, et 29 centimètres en passant par-dessus, d'un côté à l'autre. L'anneau qui livrait passage aux viscères était formé par un prolongement de la peau sur le cordon, et par l'écartement des fibres aponévrotiques des muscles droits de la ligne blanche.

» Mon premier pronostic fut grave; je ne pensais pas que l'enfant pût vivre. La sage-femme qui l'avait reçue, madame Bravic, n'avait jamais vu d'éventration de ce genre, mais seulement de petites hernies ombilicales qui n'excédaient pas la grosseur d'une noix. Dans ma propre pratique, j'avais rencontré des hernies dans le cordon ombilical, mais qui s'étaient toujours facilement réduites par la compression.

» Voici toujours ce que je crus devoir tenter ici : je commençai par exercer une compression soutenue avec la paume de mes deux mains, afin de faire rentrer le plus de parties qu'il me serait possible; par ce procédé je réduisis plus de moitié de la hernie. J'appliquai ensuite sur la tumeur des compresses imbibées d'huile, et

par le moyen d'un bandage de corps médiocrement serré, je continuai la pression, et j'engageai la sage-femme à resserrer le bandage quand il se relâcherait.

» Je revis l'enfant le lendemain, la tumeur était encore diminuée.

» Le 4, nouveau progrès de la réduction.

» Le 11, je fus mandé pour voir cette enfant ; elle était atteinte de convulsions ; la hernie était entièrement réduite ; le cordon était détaché ; il restait une ouverture de 3 centimètres de diamètre qui était recouverte de bourgeons charnus et formant une plaie unie ; les convulsions cessèrent le lendemain.

» En passant par Saint-Pierrebrouck le 27 août, je trouvai l'enfant entièrement guérie. A la place de l'éventration aussi considérable, il existait une cicatrice inégale en losange, ayant de haut en bas 1 centimètre, et 6 millimètres d'un côté à l'autre. Les téguments s'élevaient en bourrelet au-dessus de la cicatrice.

» Depuis lors, l'enfant a grandi et est devenue une jeune fille ; je l'ai revue il y a deux ans, et jamais elle n'avait éprouvé aucune douleur à cette place. » (Vidal, de Cassis, *Hernies ombilicales et épigastriques*, Thèse de concours, 1848, p. 14.)

Dans un cas semblable, il faudrait imiter la conduite de M. Thelu, auteur de l'observation précédente, que M. Vidal lui a empruntée.

3° Lorsque la hernie est d'un moyen volume, il faudra d'abord s'opposer à ce que les viscères soient exposés au contact de l'air, quand la hernie sera dénudée à la chute du cordon. Il faut alors rapprocher les bords de l'ouverture cutanée qui entoure la base de la tumeur. C'est une indication qu'on a remplie tantôt à l'aide d'aiguilles laissées à demeure, comme dans l'opération du bec-de-lièvre, tantôt et plus simplement à l'aide de compresses assujetties par un bandage. Hey, Bucholtz, Hamilton, M. Requin, ont obtenu par ces moyens de remarquables succès.

Il arrive que l'omphalocèle congéniale crève pendant l'accouchement ; il faut alors repousser les intestins dans le ventre, et se comporter ensuite comme il vient d'être dit.

Hernie ombilicale des enfants. — *Causes.* — Y a-t-il un sexe qui prédispose plus que l'autre à cette hernie? Suivant M. Malgaigne, ce serait le sexe masculin (*Leçons sur les hernies*, p. 219), tandis que M. Girard l'a trouvée plus fréquente chez les petites filles (*Journal de médecine*, par Sédillot, t. XLI, p. 275).

C'est donc un point de l'étiologie qui reste indécis ; mais heureusement qu'il est de peu d'importance.

M. Fortineau, médecin à la Louisiane, affirme que cette exomphale est très commune chez les nègres, et que certaines tribus y sont particulièrement sujettes. A. Cooper cite trois enfants du même lit affectés de cette infirmité (p. 336) ; deux ordres de faits qui montrent évidemment ici l'influence de l'hérédité. M. Martin le jeune a fait une remarque qui a au moins pour elle une grande apparence de fondement : c'est que l'exomphale qui se produit après la naissance se rencontre surtout chez les enfants dont le cordon est volumineux et mou. (*Journal de Sédillot*, t. XLI, p. 264.) On comprend, en effet, que plus l'anneau est large, plus il est lent à se resserrer et plus il laisse d'espace au passage de la hernie.

Selon Sabatier, la position horizontale qu'on donne habituellement aux enfants dispose à la production de l'exomphale, parce que les efforts d'inspiration et d'expiration qui ont lieu dans leurs cris portent les viscères vers l'ombilic. C'est là, d'après le même auteur, ce qui explique la fréquence des hernies ombilicales chez les quadrupèdes, et la rareté des autres hernies, bien que les anneaux inguinal et crural puissent se prêter, comme chez l'homme, à la sortie de l'intestin.

C'est du second au quatrième mois qu'apparaît la hernie le plus ordinairement ; c'est-à-dire pendant la période que la cicatrice ombilicale met à se former et à se consolider, par la transformation des trois vaisseaux en autant de cordons fibreux, et par la contraction exercée sur l'anneau par le tissu inodulaire. Toute entrave apportée à ce travail entraîne le danger de la hernie ; aussi est-il tout simple qu'elle se montre de préférence dans les premiers mois qui suivent la naissance.

Caractère anatomique. — En procédant des parties profondes vers les parties su-

perficielles, du péritoine vers la peau, on trouve des filaments irréguliers, débris de vaisseaux, et un tissu cellulo-fibreux qui finit même par disparaître.

La peau, partout d'une minceur remarquable, offre un point plus pâle que les autres : c'est le stigmate qu'a laissé la chute du cordon. Ce stigmate est central quand la tumeur s'est développée entre les vaisseaux qu'elle a écartés ; il est latéral, si ces vaisseaux ont été déjetés sur l'un des côtés de l'anneau.

Les viscères le plus souvent contenus dans cette hernie sont l'intestin grêle et le côlon transverse. Cabrol y a trouvé une fois une partie de l'ouraque non oblitérée. Mais tout le monde connaît ce fait si remarquable et probablement unique.

Symptômes. — Généralement la tumeur est allongée, presque cylindrique.

Elle peut, d'ailleurs, revêtir les formes diverses que nous retrouverons chez l'adulte. « En effet, chez l'enfant, les organes déplacés peuvent être dans le centre même du cône représenté par les trois vaisseaux ombilicaux, ou s'appliquer sur un côté de l'anneau, et rejeter du côté opposé les vaisseaux. On comprend tout de suite que ces rapports différents doivent faire varier la forme de la tumeur et la situation du stigmate ombilical, et qu'avec le temps la hernie peut prendre le volume qu'elle offre dans un âge plus avancé, car il vient un moment où ces deux variétés se confondent. Ceci est surtout vrai pour ceux qui admettent que, quand chez l'adulte la hernie se fait par l'anneau même, c'est que déjà il y avait une petite *pointe* qui avait été méconnue, ou bien parce que l'anneau ne s'était pas fermé aussi complétement que l'exige l'état normal. Mais, en général, la hernie des enfants est petite, et les plus grosses ne sont pas toujours les plus douloureuses. » (Vidal, de Cassis, *Hernies ombilicales et épigastriques*, p. 19.)

Diagnostic. — Il est généralement facile de reconnaître l'exomphale des jeunes enfants ; l'inattention ou une ignorance extrême peuvent seules expliquer les graves et nombreuses méprises qui ont eu lieu à ce sujet. Ce n'est même que de cette manière qu'on pourrait confondre avec cette hernie la petite tumeur fongueuse qui a été ainsi décrite par A. Cooper.

« Quelquefois, chez l'enfant, on voit s'échapper de l'ombilic une petite tumeur qui en a quelquefois imposé à des chirurgiens, en leur faisant croire à l'existence d'une hernie dans le creux de l'ombilic ; cette tumeur a pour caractère d'être flottante, d'offrir une couleur rouge et vermeille et de tenir par un petit pédicule. » (A. Cooper, trad. franç., p. 336.)

Si le cas que nous allons rappeler était une exomphale, cette hernie pourrait être à un état presque complétement latent. Un enfant était affecté d'une vive douleur à l'ombilic ; M. Guersant et un autre professeur sont successivement consultés, et, ne trouvant rien, n'ordonnent rien. M. J. Cloquet soupçonne une hernie, prescrit une compression de l'ombilic et guérit l'enfant. Etait-ce là une hernie ? C'est possible ; mais prouvé, non.

Pronostic. — « J'ai vu beaucoup d'enfants attaqués d'exomphale, et je ne m'en rappelle pas un qui n'ait guéri par l'usage d'un bandage. » Tel est le pronostic que porte Richter (*Traité des hernies*, p. 236, trad. franç., in-4). On peut ajouter avec Bichat qu'un certain nombre de ces hernies ont guéri spontanément.

Complications. — Ce pronostic peut emprunter aux complications une gravité toute nouvelle. Ces complications sont des adhérences des viscères entre eux ou avec le sac, à la suite de péritonites partielles qui sont souvent passées inaperçues, et dont la cause reste ignorée.

Le volume excessif de la hernie peut amener l'irréductibilité avec des conséquences fâcheuses.

Voici un remarquable exemple d'exomphale compliquée :

Obs. 4. *Hernie ombilicale dans laquelle le foie était contenu en partie* (obs. par le docteur Leau, de Kilmalcolm).

« En 1820, le docteur Leau fut consulté pour une tumeur située immédiatement sur la région ombilicale d'un enfant âgé de neuf mois, qui fut remarquée pour la première fois peu de temps après la naissance, et qui avait graduellement augmenté de volume. En examinant le petit malade, il trouva que l'ombilic était rempli par un corps dur, qui cédait en partie à la pression et diminuait un peu de volume, apparemment par la rentrée de son con-

tenu, quoique la tumeur persistât. Les téguments extérieurs étaient d'une couleur gris cendré, et huit ou dix jours avant la mort de l'enfant, ils s'ulcérèrent en partie, et donnèrent issue à une sanie claire et fétide. L'enfant criait toujours beaucoup quand on palpait la tumeur, la pression produisant apparemment une vive douleur. La constipation était opiniâtre; les déjections étaient noires et fétides, et quelquefois de la couleur et de la consistance de l'argile. L'appétit était altéré; le vomissement suivait quelquefois l'ingestion des aliments solides; ces vomissements ne furent jamais bilieux ni stercoraux. On prescrivit des doses répétées de calomel et de rhubarbe avec d'autres laxatifs doux, pour entretenir autant que possible la régularité des selles. On appliqua fréquemment des fomentations chaudes sur la tumeur. Peu à peu elle devint plus molle, et la fluctuation y devint manifeste ; mais on ne jugea pas à propos de l'ouvrir, car l'enfant était mourant. La pression sur la tumeur avait alors pour effet de déterminer des convulsions, et, quatre jours après qu'on eut reconnu la fluctuation, l'enfant mourut dans un accès de convulsions.

» La hernie était formée par une hernie ombilicale dont le sac contenait une partie du foie indurée, et couverte par plusieurs petites tumeurs ; environ trois pouces d'épiploon, et une portion de l'iléum. Ces parties étaient agglutinées ensemble; et à la partie inférieure du sac, autour du lobe de Spigel, il y avait une quantité considérable de pus. On ne voyait aucune trace d'étranglement; mais d'après les adhérences intimes qui existaient entre toutes les parties, on pouvait juger que les intestins présentaient des traces d'inflammation de vieille date; l'enveloppe péritonéale offrait de nombreuses taches noires peu étendues; les autres viscères étaient sains. » (*Archives générales de médecine*, t. III, 1833, extrait du *Journal de Glascow*.)

Traitement. — Les guérisons spontanées ne sont que de rares exceptions de nature à encourager plutôt qu'à exclure l'intervention de l'art.

Les procédés curatifs rentrent dans deux méthodes principales. Un préliminaire indispensable précède leur application : c'est la réduction de la hernie. L'une de ces méthodes consiste à modifier et à déterminer la chute de la poche herniaire; l'autre à oblitérer cette poche par la compression.

La première de ces méthodes était seule en usage avant Celse. Sévèrement condamnée par Pott, elle a été reprise par Desault, qui prit souvent une guérison momentanée pour une cure radicale. Il entourait la base de la tumeur par une ligature unique qui l'étranglait en amenant la mortification.

« L'insuffisance de cette méthode n'est pas, d'ailleurs, le seul reproche qu'on puisse lui adresser. Il reste après la chute de la ligature un ulcère assez large et difficile à cicatriser. Quelques enfants éprouvent, pendant que le fil est en place, une fièvre d'irritation très intense et une douleur assez vive pour provoquer des cris continuels et même des mouvements convulsifs (Scarpa, p. 345 et suiv.). Un autre danger a été signalé par Paletta : c'est la propagation de l'inflammation jusqu'au foie, par la veine ombilicale et le ligament suspenseur (*Mem del Instituto*, t. IV). Peut-être la phlébite a-t-elle parfois été pour quelque chose dans les accidents qui ont suivi la ligature des omphalocèles des jeunes enfants; enfin il peut arriver que, malgré les précautions du chirurgien, une anse intestinale se trouve pincée par la ligature placée sur la base de la tumeur. » (Bérard, *Dict. de méd.*, nouvelle édit., t. XXII, p. 37.)

Depuis surtout que Scarpa a proscrit cette opération, elle a été abandonnée par presque tous les chirurgiens.

La compression est la méthode presque universellement suivie aujourd'hui. Le moyen employé de préférence est une boulette de cire engagée dans l'ouverture ombilicale et refoulant la peau, boulette maintenue à l'aide d'une bandelette de diachylon entourant le corps de l'enfant. Ce bandage a l'avantage de ne pas se déplacer; et en le renouvelant à des intervalles convenables, la guérison est à peu près infaillible. Ce procédé si simple vaut mieux que la moitié de la noix muscade de Richter, fixée à l'aide d'un emplâtre, puis d'une bande; que le bandage plus compliqué de Scarpa, etc.

Omphalocèle des adultes. — L'imperfection de la cicatrice ombilicale persiste quelquefois jusque dans l'âge adulte. Les vaisseaux, d'abord volumineux, peuvent s'atrophier, sans que l'anneau revienne à proportion sur lui-même. Au lieu d'adhérer au pourtour de l'ouverture, ces vaisseaux peuvent y rester libres et mobiles. On a été jusqu'à professer que cette liberté était l'état normal pour la veine ombilicale, ce qui rendait plus fréquentes les hernies qui passent immédiatement sous l'arcade supérieure de l'anneau.

L'hérédité exerce ici une influence dont M. Vidal, de Cassis, a cité un remarquable exemple. « Deux sœurs âgées ont d'énormes hernies ombilicales. Une d'elles a deux filles, qui toutes deux ont été herniées pendant leur première grossesse. Maintenant, chez elles, l'exomphale a un volume monstrueux. » (*Loc cit.*, p. 65.)

L'étiologie est, d'ailleurs, celle des hernies en général, et n'offre rien de particulier, si ce n'est que l'intestin est quelquefois passé par l'ouverture faite à l'ombilic par le trois-quarts, dans le but d'évacuer une ascite (A. Cooper) : c'est donc un point qui ne doit pas nous arrêter. Les causes prédisposantes et spéciales étaient les seules qui méritassent d'être exposées ici. Peut-être cependant faut-il rappeler que la grossesse semble principalement favoriser la production de l'exomphale. Chez une femme citée par A Cooper, la hernie s'effectua au troisième mois de la grossesse, au moment où la femme franchissait une barrière M. Jobert a vu le même accident arriver pendant l'accouchement même. (*Maladies du canal intestinal*, Paris, 1829, t. II, p. 445.)

Caractères anatomiques. — Sous le point de vue du siége, il y a deux sortes de hernies ombilicales : celles qui sortent par l'anneau, et celles qui s'échappent par des éraillures voisines; ou plutôt, pour nous servir du langage plus correct de M. Gerdy, il y a les hernies *ombilicales* et les hernies *adombilicales*.

Depuis J.-L. Petit, les chirurgiens professaient que les hernies adombilicales formaient la règle, et les ombilicales l'exception. Richter, Scarpa, Boyer, tous les grands praticiens partagent cette erreur, que Astley Cooper a démontrée par des autopsies. Ce qui avait occasionné la méprise que le chirurgien anglais a signalée, « c'est, dit-il, qu'il est probable que l'opinion contraire est fondée sur ce que la tumeur est rarement située exactement dans le centre de l'ombilic, parce que la peau étant fortement adhérente dans le centre de cette ouverture, la cicatrice cède plutôt sur un de ses côtés que dans son point central. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, p. 333, trad. franç.). L'erreur venait sans doute, comme le fait observer M. Vidal, de Cassis, de ce qu'on avait raisonné d'après l'aspect et la position de la tumeur sur le vivant, au lieu de s'en rapporter aux dissections. C'est donc par l'anneau ombilical que sort ordinairement la hernie ombilicale de l'adulte; exceptionnellement elle se fait en dehors de l'anneau par des éraillures fibreuses du pourtour.

Les ouvertures qui laissent passer les hernies ombilicales et les hernies adombilicales sont d'abord ovalaires et deviennent peu à peu circulaires. Nous verrons plus loin comment s'exprime M. Vidal, de Cassis, sur une troisième espèce d'exomphale dont il pose l'existence en question :

Dans la hernie ombilicale proprement dite, il est rare, comme nous l'avons déjà vu, que la hernie soit tout à fait centrale, en ce sens qu'écartant peu à peu les cordons provenant des vaisseaux, elle étale la cicatrice et s'arrondit uniformément. Souvent la cicatrice résiste, et il y a une dépression centrale arrondie; quelquefois cette dépression est longitudinale, et la tumeur a deux lobes. Plus fréquemment encore le viscère passe entre la veine et une artère; alors cette artère et l'autre artère sont poussées d'un côté de la tumeur qui prend une forme irrégulière, et offre sur un de ses côtés la cicatrice ombilicale. Le viscère est-il directement poussé contre la cicatrice, et celle-ci résiste-t-elle, ainsi que les trois cordons qui y aboutissent, la peau intermédiaire à ces trois cordons, cédant plus facilement, se laisse déprimer davantage dans les trois intervalles, et il y a ainsi trois poches séparées par les trois cordons. Scarpa a fait représenter cette disposition. La forme lobulaire peut avoir une autre origine.

M. Chassaignac a présenté à la Société anatomique une hernie ombilicale assez volumineuse, et offrant extérieurement une dépression médiane qui donnait à la tumeur un aspect cloisonné. La hernie était formée par le côlon transverse; mais, en outre, une portion d'épiploon engagée dans le sac venait de la partie supérieure de l'abdomen en constituant une bride longitudinale qui divisait la tumeur en deux. Des adhérences existaient à l'intérieur du sac.

On a nié le sac dans cette hernie, en prétendant que le viscère sortait à travers une véritable rupture du péritoine.

Nous empruntons à l'excellente thèse de M. Vidal, de Cassis, ce qui a trait à ce point :

« Je m'étonne qu'après la discussion à laquelle se livra Morgagni sur la présence du sac dans les hernies ombilicales, surtout après les autopsies qu'il a faites, l'erreur surtout représentée par Dionis soit arrivée presque jusqu'à nous. Voici, du reste, des explications que j'ai données ailleurs; elles montreront la cause de l'erreur de Dionis, et la feront éviter, si tant est qu'il existe encore des esprits qui rejettent les démonstrations de ceux qui m'ont précédé ou qui les ignorent.

» Quant à la hernie ombilicale centrale qui se forme par la dilatation et le déploiement en membrane de la cicatrice, le sac distinct dans les premiers temps peut, par l'effet de la forte compression à laquelle il est soumis entre les viscères et la cicatrice, contracter avec la membrane qui résulte de la distension de cette dernière des adhérences tellement intenses, qu'il ne forme plus avec elle qu'une enveloppe mince, assez transparente, pour laisser distinguer à travers son épaisseur la nature, la forme et la couleur des parties contenues dans la hernie, enveloppe qu'on ne peut séparer en plusieurs feuillets. En effet, elle ne présente plus alors deux membranes, mais seulement deux surfaces, dont l'une, extérieure, cutanée et sèche; l'autre, intérieure, séreuse, communiquant avec la cavité péritonéale. Telle était sans doute la disposition de la pièce pathologique du docteur Marshall dont parle A. Cooper (p. 205). Le praticien anglais dit qu'on n'y voyait point de vestiges de sac, et que les organes herniaires étaient en contact avec la peau. Dans le sac, une dissection attentive le sépara de l'enveloppe extérieure, au voisinage de l'anneau. Le sac est alors excessivement mince; il est formé bien plus par la distension de la partie du péritoine qui adhère à la face postérieure de la cicatrice ombilicale que par le déplacement des parties voisines. Les dissections que j'ai eu occasion de faire ne me laissent pas de doute à cet égard : le sac existe toujours dans la hernie ombilicale.

» Dans les cas de hernies adombilicales, et dans celles qui sortent entre l'anneau et l'extrémité des vaisseaux ombilicaux, sur les côtés de la cicatrice ombilicale, le sac, toujours distinct, ressemble à celui des autres hernies, cesse bientôt de répondre à l'ouverture abdominale. Cette poche tend à se développer sur le point de la paroi du ventre correspondant à l'ouverture qui donne passage à la hernie. Dans ces deux variétés de l'exomphale, quand elles sont peu volumineuses, on peut distinguer sur le sac un mince prolongement du *fascia transversalis;* le *fascia superficialis* forme aussi à cette hernie une enveloppe distincte.

» Les éditeurs de Sabatier, MM. Bégin et Sanson, admettent aussi que c'est l'adhérence intime du péritoine avec la peau, et des crevasses que cette séreuse présente, qui ont fait nier l'existence du sac.

» Les ouvertures qui laissent passer les hernies ombilicales et adombilicales sont d'abord ovalaires, et deviennent peu à peu tout à fait circulaires, le collet du sac se moulant sur ces ouvertures.

» J'ai déjà parlé du *fascia transversalis;* je dois ici signaler une particularité que j'ai rencontrée trois fois sur six cadavres avec M. Dubois, prosecteur de M. Deville : c'est une bande fibreuse appartenant au *fascia transversalis* qui passe sous la veine ombilicale et près d'un centimètre au-dessous du bord supérieur de l'anneau inguinal. Sous cette bande fibreuse pourraient bien s'engager de petites portions d'épiploon ou d'intestin qui, étreintes, constitueraient une espèce de hernie ombilicale interstitielle. Il ne serait pas étonnant que certaines douleurs très vives de l'ombilic,

sans apparence de tumeur dans cette région, comme celle qui a, pour ainsi dire, été devinée par M. J. Cloquet, tinssent à un pincement d'un viscère par cette bride dont je viens de parler. Cette dépendance du *fascia transversalis* m'expliquerait aussi ces sacs doubles dans la hernie par l'anneau même. On comprend que cet intestin, que j'ai supposé pincé seulement, peut, par de nouveaux efforts de la part du malade, se porter à l'extérieur, et donner lieu à une hernie qui serait oblique de haut en bas. Pendant ou après la formation de cette hernie, il pourrait se produire par le même anneau une hernie ordinaire qui serait directe, de sorte que, comme les hernies inguinales, les hernies ombilicales auraient deux variétés : 1° directes; 2° indirectes.» (Vidal, de Cassis, *Thèse citée*, p. 58.)

L'extérieur du sac est quelquefois en rapport avec une certaine quantité de graisse. C'est surtout autour de l'anneau que se rencontrent les hernies graisseuses de cette région (Velpeau). Quelquefois, au lieu d'être en dehors du sac, la graisse est en dedans. M. Jobert a vu un sac très mince, contenant de la graisse qui n'était que des franges adipeuses détachées du côlon transverse.

Une particularité très curieuse qui se rattache au sac, c'est qu'il est quelquefois formé par le ligament suspenseur du foie. (Jules Cloquet, *Archives de méd.*, t. III, p. 632, 1823.)

Le sac ne renferme presque jamais de sérosité, et se trouve ainsi presque constamment en contact immédiat avec les viscères.

« Mais, dit M. Velpeau, on a posé cette loi d'une manière trop absolue. Chez une femme que j'ai opérée d'une exomphale étranglée, il y avait à l'intérieur des enveloppes herniaires plus de 6 onces de sérosité roussâtre; et il s'en est écoulé 3 onces environ chez une autre qui fut opérée à Tours, en 1818, par Pipelet, en ma présence. » (Velpeau, *Médecine opératoire*, Paris, 1839, t. IV, p. 234.)

Quant aux viscères habituellement contenus dans la hernie, voici comment s'exprime M. Vidal :

« J'ai dit que la présence de l'épiploon dans la poche herniaire différenciait l'exomphale de l'adulte de celle des autres âges; je dois donc ajouter ici que ce serait aller trop loin que d'admettre cet élément de la hernie comme tout à fait constant. En effet, l'épiploon peut être enroulé et retroussé en haut vers l'épigastre, comme l'a observé M. Jobert, de Lamballe; il peut même se porter dans la poitrine en traversant le diaphragme, ainsi que M. P. Bérard l'a constaté. Selon cet observateur, on rencontre ces rebroussements en haut de l'épiploon, surtout à la suite des grossesses et des hydropisies. Il arrive aussi, encore d'après M. Bérard, que la partie droite de l'arc du côlon peut se renverser vers l'ombilic en passant devant l'épiploon; donc cette partie du gros intestin pourrait former la hernie, à l'exclusion du grand repli, dit Lawrence, qui contenait l'intestin seul dont il y avait plusieurs circonvolutions. D'ailleurs il faut ajouter que l'épiploon, qui d'abord n'est pas entré dans la composition d'une hernie, peut y entrer plus tard : c'est ce qui arrive surtout dans les cas de hernies que l'adulte porte dès son enfance. L'épiploon n'était pas encore formé; quand il a eu pris un certain développement, il a été entraîné au dehors.

» Le côlon transverse et l'intestin grêle sont les viscères qu'on rencontre le plus souvent dans l'exomphale; après l'épiploon, sur le cadavre de la femme de l'hôpital Saint-Louis dont j'ai déjà parlé, M. Jobert a trouvé, de plus, le côlon lombaire droit, et même une portion du duodénum, le foie, l'estomac, se sont aussi trouvés en partie dans la poche herniaire. On aura une idée du nombre des parties composantes par la vue seule de ces hernies ombilicales, qui, presque plus spacieuses que l'abdomen même, lui ont ravi peu à peu presque tous les organes qui s'y prêtaient par leur mobilité. » (Vidal, de Cassis, *Thèse citée*, p. 57.)

Symptômes. — Le volume de l'exomphale chez l'adulte varie depuis une petite tumeur, à peine sensible sous les téguments, jusqu'à une poche monstrueuse descendant jusqu'aux cuisses. Le poids d'une semblable tumeur change la direction de l'axe de la hernie, ce qu'il ne faut pas perdre de vue dans les manœuvres opératoires.

Nous avons vu comment les exomphales

pouvaient être bi ou trilobées. Chez les sujets obèses, la tumeur peut être tout à fait aplatie, étalée dans les graisses de la région ombilicale ; tandis que chez les individus maigres principalement, la hernie peut être piriforme, fortement pédiculée.

Les symptômes proprement dits appartiennent à la séméiologie générale des hernies, et il est inutile d'y revenir ici. Notons seulement que le gargouillement est plus facile à produire, et quelquefois même sans qu'il soit nécessaire de réduire l'intestin.

« Quant au diagnostic différentiel entre la hernie qui sort par l'anneau et celle qui sort par un point voisin de la ligne blanche, on ne peut plus le fonder aujourd'hui sur la situation et l'intégrité de la cicatrice: je m'explique. Si la cicatrice est sur la tumeur, si elle a été étalée et son froncement détruit, nul doute que la hernie ne sorte par l'anneau, et il est même vraisemblable qu'elle date de l'enfance. Mais si la cicatrice est sur le côté, et a conservé son froncement, cela ne prouve pas que la hernie sorte par ailleurs que par l'anneau ; dans ce cas il faut avoir recours aux signes donnés par Richter, qu'on a fréquemment copié sans le citer. Voici ce qu'il dit : « L'anneau ombilical est rond, et la hernie qui passe à travers a cette forme. La fente dans la ligne blanche est toujours allongée, et la hernie qui passe à travers l'est aussi ; les bords de l'anneau ombilical sont épais, plus fermes que les bords de la fente dans la ligne blanche ; et enfin, on peut, lorsque la hernie n'est pas trop volumineuse et ne recouvre pas entièrement l'anneau ombilical, sentir ordinairement cet anneau sur le côté de la hernie. » (Bérard, *Dict. de méd.*, t. XXII, p. 45, 2e édit.)

Pronostic. — Il manque à l'exomphale des adultes une condition favorable que nous avons trouvée chez les jeunes sujets, c'est la tendance de l'anneau à se resserrer. Ce n'est pas dire qu'elle soit incurable ; mais celle qui se fait par l'anneau offre pourtant moins de chances de guérison que celle qui s'échappe par une éraillure de la ligne blanche. L'exomphale cause plus d'inconvénients que les hernies inguinale et crurale ; peut-être même offre-t-elle plus de danger. L'étroitesse de l'anneau comparée au développement plus ou moins considérable du sac, mettant obstacle à la libre circulation des matières et du gaz, explique sans doute les coliques fréquentes, le trouble des digestions, la constipation et même les vomissements, accidents plus ordinaires dans cette hernie que dans les autres. Le voisinage de l'estomac n'est peut-être pas étranger à la production de plusieurs de ces symptômes, surtout si l'épiploon qui s'y attache fait partie de la tumeur. Les malades qui ne portent pas de bandage éprouvent habituellement une faiblesse et un affaissement qui leur rend l'exercice très pénible, et cela principalement quand il s'agit d'entérocèle. La disproportion du sac et du collet favorise le séjour des corps étrangers dans la hernie et expose ainsi aux accidents qui peuvent en être la conséquence. Boismortier, en opérant une exomphale, retira un épi d'orge garni de tous ses calices, qui avait perforé l'intestin (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 447). Scarpa cite une exomphale qui s'enflamma, et dont il sortit successivement plusieurs lombrics (*Traité des hernies*, p. 369, trad. franç.). D'autres fois, au lieu de lombrics, ce sont des noyaux de fruits (*Transac. philosoph.*, v. XXXVIII, XXXIX, p. 336), des noyaux de prunes (*ibid.*, nº 265), qui s'échappent de la tumeur enflammée.

Complications. — Le volume de la hernie, outre la gêne et le sentiment de pesanteur qui en résultent, peut occasionner d'autres accidents. Dans les exomphales qui descendent jusqu'au-devant du pubis, les enveloppes de la hernie peuvent s'amincir au point de se rompre, comme l'a vu Boyer. C'était sur une femme de soixante ans : la hernie était grosse comme une tête d'adulte ; la peau qui la recouvrait était si mince qu'on distinguait parfaitement les circonvolutions intestinales au travers, pour peu qu'elles fussent distendues par des gaz. Dans un léger effort pour lever un paquet de linge, la tumeur se déchira dans la longueur de 2 ou 3 centimètres, et l'intestin s'échappa par cette déchirure. La malade mourut. (Boyer, t. VIII, p. 305.)

Dans un cas observé par Stalpart Van der Wiel, la malade, atteinte d'exomphale après sa troisième couche, eut encore onze enfants. La tumeur s'accrut au point de

tomber sur les cuisses. Il s'ensuivit une constipation si opiniâtre que pendant six ans les matières fécales furent rejetées par la bouche. (Obs. 3, t. I, p. 213.)

A. Cooper a vu une exomphale de vingt pouces de long sur dix-sept de large. (P. 338.)

Dans les hernies de cette dimension, l'anneau est parfois si dilaté, qu'on peut y passer la main ; et cependant cette ouverture est encore si disproportionnée avec le volume des parties qui la traversent, que l'étranglement est, dans ce cas, loin d'être sans exemple.

Pendant la grossesse, l'exomphale est souvent distendue outre mesure et irréductible, ce qui est une source d'incommodités et même d'accidents graves. Pott a vu la cicatrice ombilicale se crever pendant la grossesse.

L'exomphale est susceptible d'étranglement ; nous emprunterons à M. Bérard la description de cet accident.

« Pott, Richter, Scarpa, s'accordent à dire que la hernie ombilicale s'étrangle moins souvent que les hernies crurale et fémorale; mais ils sont loin d'être d'accord sur la marche plus ou moins rapide des symptômes, dès que l'étranglement est formé. Suivant Richter, par exemple, l'étranglement est rarement très violent et joint à un danger pressant. Suivant Scarpa, au contraire, les symptômes de cet étranglement sont plus intenses et la gangrène plus prompte; et ce qu'il y aurait de particulier, c'est que l'étranglement de l'épiploon causerait des accidents aussi rapides et aussi graves que ceux qui proviennent de l'étranglement de l'intestin, ce qui s'expliquerait par le voisinage de l'estomac. Cette dissidence prouve tout simplement que les auteurs précités ont chacun généralisé les faits dont ils ont été témoins. Cette dissidence s'explique aussi par cette considération, que très souvent la hernie ombilicale cause des coliques, des vomissements qui font croire à un étranglement, qui pourtant n'existe pas Le rapprochement et la comparaison d'un grand nombre d'observations publiées par différents auteurs, et les faits dont j'ai été témoin, me font penser, contradictoirement à Scarpa, que certains étranglements de l'épiploon ont une marche assez lente, et n'amènent qu'au bout d'un certain nombre de jours, et lorsque déjà l'épiploon suppure, l'étranglement de l'intestin. J'ai vu une singulière dégénérescence de l'épiploon. Une dame, d'un grand embonpoint, fut opérée d'une omphalocèle étranglée; à l'ouverture du sac, il s'écoula près d'un verre d'une matière parfaitement semblable à de l'huile un peu épaisse, mais claire, et que je regardai comme un résultat de la fonte de l'épiploon. A. Cooper signale un accident propre à l'étranglement de la hernie ombilicale. Voici en quoi il consiste : Lorsque la peau est devenue très mince sur la tumeur, la simple pression des parties déplacées peut, sous l'influence de l'étranglement, déterminer quelquefois d'une manière très rapide la mortification de cette portion de téguments, en y arrêtant la circulation. La peau dans cet endroit prend une teinte verte, ensuite l'épiderme se soulève, puis la peau devient sèche et brune.» Tous les malades sur lesquels A. Cooper a observé ce phénomène ont succombé. (P. 339.)

« Les écarts de régime sont la cause la plus fréquente de l'étranglement des omphalocèles, ce qui s'explique par la disproportion entre le collet du sac et le corps de la hernie. On dit que les étranglements sont plus communs dans la saison où les végétaux verts sont le plus abondants.

» Le collet épaissi du sac herniaire n'est peut-être jamais cause de l'étranglement des omphalocèles ; c'est le plus souvent le contour fibreux du trou par lequel sort la hernie qui étrangle les viscères. Quelquefois c'est l'épiploon qui cause cet accident. Tantôt l'épiploon, épaissi, agit en comprimant une anse intestinale; tantôt l'intestin, ayant perforé l'épiploon, se trouve pris et étranglé dans l'ouverture accidentelle qui lui a livré passage : ce serait là, suivant Arnaud, la cause la plus ordinaire de l'étranglement des omphalocèles (*Mém. de chir.*, t. II, p. 586). Enfin, on a vu l'intestin étranglé dans un trou du sac herniaire (*voy.* la 301[e] obs. de Cooper). On a quelquefois pris des tumeurs graisseuses du péritoine pour des exomphales étranglées, lorsqu'il existait en même temps des accidents de péritonite. Je ferai l'histoire de ces tumeurs dans le paragraphe suivant.

» Le pronostic de l'étranglement des hernies ombilicales est des plus graves. D'abord parce que l'opération ne réussit presque jamais ; en second lieu, parce que l'anus contre nature, suite de hernie, est presque incurable à l'ombilic. Dionis dit, à propos de l'opération de la hernie ombilicale : « De cette opération il en périt plus qu'il n'en réchappe. » Aussi conseillait-il aux malades de se passer plutôt de chemise que de bandage. » (*Cours d'opérations*, 1777, p. 98. —P.-H. Bérard, *Dict. de méd.*, t. XXII, p. 48, 2e édit.)

Traitement. — Nous considérerons successivement les cas où la hernie est réductible, ceux où elle est irréductible, ceux où elle est étranglée.

a. La hernie réductible doit être réduite et maintenue. C'est ici surtout qu'il importe, pour la réduction, d'élever les épaules et le bassin du malade, de façon à rapprocher le pubis du sternum. Cette position détend les parois et les ouvertures accidentelles de la ligne blanche, ces ouvertures étant en général verticalement dirigées. Il ne faut pas repousser directement les viscères d'avant en arrière, mais de bas en haut, l'ouverture de communication entre le ventre et la hernie ne siégeant pas, en général, au centre même de la tumeur, mais un peu au-dessus, ainsi que nous l'avons déjà dit. D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue la disproportion du corps de la hernie avec le collet du sac, ni omettre la précaution de faire en quelque sorte passer les viscères à la filière entre le pouce et l'indicateur d'une main avec l'autre main. Une petite hernie se réduit par une compression directe d'avant en arrière. Si l'on a affaire à cette espèce de hernie qui s'étale sous la couche graisseuse de l'abdomen, comme cette tumeur ne peut être facilement saisie entre les mains, tout ce qu'on peut faire, dit A, Cooper, c'est de rapprocher ses côtés l'un de l'autre aussi étroitement que possible, au moyen d'une pression générale sur les parties de l'abdomen contiguës à la hernie.

On contient l'exomphale des adultes avec des bandages qui se modifient suivant les cas. Le meilleur pour les hernies d'un volume ordinaire, c'est un brayer auquel Richter prescrit quelques changements.

« Il faut donner à la pelote une forme ovalaire ou même ronde, et ôter la courbure du col, de manière que le ressort représente un demi cercle élastique, et l'on obtient par ce moyen le meilleur bandage pour l'exomphale que l'on puisse désirer : c'est le seul dont je me serve et que je recommande comme le plus sûr. » (Richter, *Traité des hernies*, p. 240, traduct. franç.) A. Cooper et Boyer recommandent également ce bandage. Quand l'ombilic est trop profond, on met une demi-bille d'ivoire sous la pelote.

« Quelques personnes très grasses, dit A. Cooper, sont tellement gênées par la ceinture ou par le bandage, que j'ai été obligé de recourir au procédé suivant : Une moitié de bille d'ivoire étant appliquée sur la hernie, on la fixe par un morceau d'emplâtre agglutinatif de la largeur de la paume de la main, fait avec parties égales d'emplâtre d'encens composé et d'emplâtre de savon, sur lequel on place un second morceau du même emplâtre plus large et présentant environ huit pouces carrés. Cette espèce de bandage a pu être souvent supporté dans des cas où tout autre moyen avait échoué. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, p. 270, traduct. franç.)

Dans le cas d'un grand embonpoint et d'une hernie volumineuse, Boyer employait le bandage suivant, qui, dit-il, ne lui a jamais fait défaut.

« La plaque de ce bandage doit être assez longue pour s'étendre depuis la partie supérieure du pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic. Sa largeur sera proportionnée au volume du ventre, son bord supérieur arrondi, et l'inférieur échancré, pour qu'il ne s'appuie pas sur le pubis, lorsque celui qui le porte est assis ; ses bords latéraux seront aussi un peu échancrés. Sa face postérieure, plus ou moins concave, suivant le volume du ventre, doit être garnie, dans l'endroit correspondant à l'ouverture aponévrotique par laquelle la hernie a lieu, d'une pelote d'une grosseur proportionnée au volume de la hernie, et assez conique pour repousser complétement les viscères dans le ventre et pour mettre la peau en contact avec l'ouverture herniaire. Les deux ceintures qui servent à fixer cette plaque doivent être élastiques dans une

partie de leur étendue, et assez larges pour que la pression qu'elles exercent ne soit point douloureuse. Je n'ai point encore vu de hernie ombilicale réductible au maintien de laquelle ce bandage n'ait pas suffi » (Boyer, *Traité des maladies chirurg.*, t. VIII, p. 309.)

b. Les *omphalocèles irréductibles* doivent cette condition fâcheuse surtout à l'adhérence de l'épiploon et quelquefois de l'intestin (A Cooper); ou bien c'est l'hypertrophie de l'épiploon ; ou bien le rétrécissement de la cavité abdominale, par suite de la masse viscérale qui l'a quittée depuis longtemps, et qui a perdu, comme le dit J.-L. Petit, son droit de domicile dans le ventre ; ou bien encore lorsque la grossesse, ou une tumeur volumineuse qui occupe cette cavité, n'y laisse plus de place pour les parties. Lorsque l'omphalocèle irréductible n'est pas trop volumineuse, on applique un bandage élastique à pelote concave. Arnaud a vu une hernie irréductible par l'étroitesse de son pédicule diminuer rapidement de grosseur, et rentrer bientôt pour être contenue par un brayer à pelote convexe. (Arnaud, *Mém. de chirurg.*, Paris, 1768, t. II, p. 518.)

Si presque tout le paquet intestinal pend dans un vaste sac au-devant du pubis, on le soutient à l'aide d'un suspensoir qui prend son point d'appui sur les épaules et sur un corset placé sur la poitrine. Fabrice de Hilden a donné (Cent. 3, obs. 64) la description d'un suspensoir qui a été modifié par Scarpa.

« Ce suspensoir consiste en un corset de toile forte et double, qui ne descend que jusqu'à l'union du cartilage de la première fausse côte avec le sternum. De la partie postérieure de ce corset, c'est-à-dire des endroits correspondants aux omoplates, partent deux bandes de toile larges de deux travers de doigt, qui, descendant de chaque côté, passent sous les aisselles et viennent jusque sur le milieu du ventre se fixer, par le moyen de deux boucles, aux côtés d'un petit sac fait d'une double toile piquée, et dont la forme et la capacité sont telles qu'il embrasse exactement toute la hernie. Ce suspensoir, dont le poids se trouve supporté par les épaules, peut être élevé ou abaissé à volonté à l'aide de deux boucles. Au lieu de le faire avec de la toile piquée, on peut le construire avec de la peau. Il faut, pour cela, couper plusieurs bandes de peau qui se terminent en pointe par les deux extrémités, à peu près comme des tranches de melon, et les coudre selon leur longueur. Il en résulte un sac en forme de nacelle, auquel on donne plus ou moins de profondeur, selon le volume de la hernie. » (Scarpa, *Traité des hernies*, p. 360, traduct. franç.)

c. Omphalocèle étranglée. — Pott et A. Cooper sont d'avis que le cas est moins pressant que pour les autres hernies; Scarpa est d'une opinion tout opposée. Il faut opérer, dès qu'un étranglement bien constaté a résisté aux moyens plus doux. (P.-H. Bérard.)

La forme de la tumeur indiquera celle de l'incision de ses enveloppes. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que le sac est souvent intimement uni à la peau, et ne forme avec elle qu'une couche très mince, quand il n'a pas été en partie absorbé; on sent quelle précaution il faut apporter pour ne pas intéresser les viscères. Il est rare qu'entre la peau et le sac on trouve à l'ombilic de ces tumeurs diverses qui se rencontrent parfois à l'aine. Cependant M. Velpeau, en opérant une femme, dut traverser avec le bistouri une masse fibreuse trilobée, grosse comme le poing, avant de découvrir l'intestin qui était étranglé dans le pédicule de cette tumeur. (Velpeau, *Médecine opératoire*, 2e édit., t. IV, p. 238.)

Une fois qu'on a pénétré dans le sac, on en agrandit l'ouverture par l'un des procédés en général usités dans ce temps de la herniotomie.

Après l'ouverture du sac, la recherche des rapports des viscères entre eux et avec le sac offre une difficulté plus grande que dans les autres régions, en raison des adhérences et du volume de l'épiploon, de sa dégénérescence, de sa situation relativement à l'intestin. Mais comme cette membrane graisseuse forme fréquemment une véritable coiffe à l'intestin, il ne faut pas hésiter à la diviser s'il n'y a pas d'autre moyen d'arriver à l'anse intestinale dont les symptômes annoncent la présence dans la hernie.

Si le débridement n'est pas nécessaire, on réduit d'abord l'épiploon (Pott) ou l'in-

testin (A. Key); mais le plus souvent on commence par l'intestin, à moins d'indications spéciales, nées surtout de l'arrangement des parties.

Lorsque le débridement est indispensable, on conseille de le diriger plutôt en haut qu'en bas, pour ne pas créer à la hernie une chance d'augmentation de volume, et de tourner le tranchant du bistouri plutôt à gauche qu'à droite, afin d'éviter la veine ombilicale, qui aurait, par exception, conservé sa perméabilité jusqu'au voisinage de l'ombilic.

« Relativement à ce dernier précepte, Richter a dit avec beaucoup de raison, que débrider à gauche, ce serait précisément diriger le tranchant du bistouri vers la veine ombilicale, lorsque la hernie s'est faite par la ligne blanche, vers le côté droit de l'anneau ombilical. Il conseille, d'après cela, d'inciser à droite, si la hernie est à droite de l'anneau; à gauche, si elle est à gauche, et en bas, si elle a lieu par l'anneau ombilical. Il y a presque de la futilité dans cette discussion, vu l'excessive rareté des anomalies vasculaires de cette région. Il est d'ailleurs difficile de prévoir de quel côté elles rendraient le débridement dangereux, si elles existaient, et l'on pourrait peut-être les reconnaître à temps pendant l'opération. Ajoutons que les adhérences ne permettent pas toujours d'introduire la sonde cannelée où l'on veut, et que, dans certains cas, on débride *où l'on peut*. M. Velpeau a quelquefois substitué le débridement multiple à une seule incision, dont la longueur aurait favorisé la récidive de la hernie (*Méd. opér.*, t. IV, p. 240). Lorsque l'ouverture par laquelle se fait la hernie de la ligne blanche a une direction longitudinale, ce qui est le cas le plus ordinaire, il vaut mieux inciser en travers qu'en bas. » (Bérard, *loc. cit.*, p. 55.)

Si l'épiploon hypertrophié forme une masse trop considérable, il ne faut pas tenter la réduction; on l'abandonne à la suppuration dans la plaie, après en avoir ou non retranché une portion, et plus tard on l'excise ou on le réprime avec les caustiques. Dans le cas où c'est le côlon qui a été frappé d'étranglement, si les franges épiploïques ont pris une teinte assez foncée pour faire craindre leur mortification, il faut, à l'exemple d'A. Cooper, exciser ces appendices avant de réduire l'intestin.

Lorsque la gangrène est limitée à une petite portion de la circonférence de l'intestin, il n'y a pas d'indication spéciale; il faut se conduire, dans ce cas, comme pour les autres hernies étranglées qui se compliquent de cet accident. Mais si toute la circonférence de l'intestin a été détruite par la gangrène, la résection des parties mortifiées et l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur paraissent plus applicables que dans la hernie crurale et inguinale, parce que l'absence plus ou moins complète de l'entonnoir membraneux ne laisse presque aucune chance de guérison à l'anus contre nature de l'ombilic.

L'opération de l'exomphale étranglée étant plus souvent suivie d'un résultat fâcheux que pour les autres hernies, on en a vu l'explication dans l'exposition plus directe des viscères abdominaux au contact de l'air. C'est pour éviter ce danger que Aston Key a conseillé de débrider l'aponévrose sans ouvrir le sac (*Mémoire sur le débridement de l'extérieur du sac dans la hernie étranglée*, analysé par M. Chassaignac, *Archives générales de médecine*, 1834, t. IV, p. 497). Le chirurgien anglais propose d'inciser l'aponévrose vers la partie supérieure du contour du collet du sac, l'anneau étant toujours accessible de ce côté, à cause de l'inclinaison de la hernie vers le pubis. Quelques faits paraissant favorables à cette méthode, deux fois elle a été employée pour des hernies volumineuses, depuis longtemps irréductibles, mais assez récemment étranglées (*Voyez* A. Cooper, obs. 307). Scarpa conseille aussi ce débridement extérieur quand la hernie est très volumineuse. Comme l'étranglement de l'exomphale est le plus souvent causé par l'anneau fibreux, et jamais peut-être par le collet du sac (P. H. Bérard), ce mode de débridement offre évidemment des avantages, d'autant plus que s'il est insuffisant, rien n'empêche de porter le débridement plus profondément suivant les règles ordinaires. Cependant si l'étranglement s'est prolongé au point d'entraîner la suppuration de l'épiploon ou la gangrène de l'intestin, il

serait dangereux de se borner à la section de l'aponévrose, et l'ouverture du sac est indispensable. Elle l'est également lorsque l'étranglement résulte d'un entortillement de l'intestin avec lui-même ou avec l'épiploon, ou du passage du tube intestinal dans une déchirure de cette membrane adipeuse, ou derrière une bride fibreuse.

« Je pense, dit M. Ph. Bérard, qu'il ne faut adopter la méthode de débrider sans ouvrir le sac que pour les hernies d'un volume considérable. Quelques chirurgiens ont voulu proscrire complétement cette méthode, alléguant que l'anneau et le péritoine sont tellement unis, qu'il est impossible de diviser l'un sans intéresser l'autre; mais les chirurgiens ont oublié que le péritoine est plus lâchement uni à l'aponévrose abdominale vers la partie supérieure de l'anneau : or, c'est là qu'on débride. » (Ph. Bérard, *loc. cit.*, p. 56.)

Tout en ouvrant le sac, A. Cooper a modifié l'opération ordinaire dans quelques cas.

« Comme elle (l'ouverture du sac dans toute sa hauteur) entraîne une communication directe et persistante entre l'extérieur et la cavité abdominale, elle expose le malade à une péritonite. Aussi ai-je, dans quelques circonstances, pratiqué l'incision un peu plus bas, c'est-à-dire à la partie moyenne de la tumeur, d'où je l'ai étendue à sa partie la plus déclive. Ensuite j'ai fait une seconde incision tombant à angle droit sur l'extrémité supérieure de la première, et de manière à former avec elle une incision en T, dont la branche supérieure occupait transversalement la partie moyenne de la tumeur. La peau étant ainsi divisée, et les lambeaux étant renversés, le sac herniaire se trouvait découvert dans une grande étendue. Je l'ouvrais avec précaution; je passais le doigt sous l'intestin jusque dans l'orifice du sac, au niveau de l'ombilic, et, le prenant pour guide, j'introduisais un bistouri boutonné dans l'ouverture ombilicale, et je divisais la ligne blanche de haut en bas, dans une étendue convenable, et non en haut, comme dans le procédé ordinaire. » (A. Cooper, p. 276, traduct. franç., édit. belge.)

La difficulté de débrouiller dans le sac l'arrangement des parties ne permettra que rarement d'avoir recours à cette modification.

A. Cooper s'est quelquefois contenté d'une simple boutonnière au collet du sac, et d'un débridement à l'anneau sans réduire les parties herniées.

ARTICLE VI.

Hernies épigastriques.

Leveillé et M. Vidal, de Cassis, sont, à notre connaissance, les seuls auteurs qui aient traité à part des hernies épigastriques, et c'est surtout M. Vidal que nous prendrons pour guide dans notre description.

Il définit ainsi ces hernies : « Il faut aujourd'hui appeler hernies épigastriques celles qui se forment, quel que soit leur contenu, dans l'angle limité par le rebord cartilagineux des premières fausses côtes et dont le sommet correspond à l'appendice xiphoïde. Mais si cette région est matériellement limitée en haut et latéralement, elle ne peut l'être qu'idéalement en bas. C'est ce qui fait que j'appellerai quelquefois *épigastriques* des hernies, que d'autres considéreront peut-être comme *ombilicales.* »

Causes des hernies épigastriques. — Aucun âge n'en est exempt. M. Malgaigne a vu chez un enfant à la mamelle une tumeur qui bombait à l'épigastre pendant les cris et les efforts. On sentait un écartement d'un travers de doigt des muscles droits de l'abdomen. Nous ne devons pas nous appesantir sur l'étiologie qui n'offre rien de particulier; c'est celle des hernies en général.

Caractères anatomiques des hernies épigastriques. — La tumeur se rencontre plus souvent à gauche qu'à droite; elle est quelquefois d'un si petit volume, qu'elle peut rester longtemps ignorée du malade et échapper au chirurgien, principalement lorsque d'épaisses couches de graisse garnissent la région. Généralement sa grosseur varie depuis celle d'une olive jusqu'à celle du poing; mais on l'a vue bien plus considérable et atteindre la proportion d'une véritable éventration. Les losanges, constitués par l'entrecroisement des fibres aponévrotiques de la paroi abdominale, reçoivent la hernie;

bientôt leurs angles s'effacent, et la forme oblongue de la tumeur se prononce; sa base est large et le sommet conique.

C'est le colon transverse qui paraît généralement constituer cette hernie ; il y a été constaté par Lapeyronie. (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. IV, p. 198, in-4). Littre a fait une autopsie avec le même résultat.

Garengeot et Pipelet croyaient avoir prouvé par des observations la présence de l'estomac dans ces hernies ; mais les troubles des fonctions de ce viscère, sur lesquels ils se fondaient, peuvent très bien n'être qu'un symptôme de voisinage, une complication des hernies du colon transverse ou de l'épiploon. A. Cooper parle encore de la fréquence des hernies de l'estomac, mais également sans citer une seule autopsie à l'appui de son opinion.

Voici cependant un cas où les symptômes rationnels semblent assez significatifs pour accuser la présence de l'estomac dans la hernie.

Obs. 1. Une femme, âgée de vingt-trois ans, avait reçu un coup violent dans la région de l'estomac, qui, dès cet instant, s'était tuméfiée, en même temps que le sang avait été rendu par le nez et par la bouche. La tumeur avait fait chaque jour de nouveaux progrès, bien que, dès le deuxième jour de l'accident, l'hémorrhagie eût considérablement diminué. Depuis ce temps, la malade a rendu du sang par intervalle, surtout vers l'époque des règles. A son entrée à l'hôpital, on trouva la région épigastrique dure, inégale, douloureuse d'un hypochondre à l'autre. Là, la malade ne pouvait supporter à la fois qu'une petite portion d'aliments liquides, et *toutes les fois qu'elle en prenait, la tumeur augmentait de volume*. Les excréments étaient durs et noirâtres. On prescrivit l'extrait d'if, à la dose de 4 grains, trois ou quatre fois par jour; ensuite on joignit la masse des pilules de Rufus; enfin, on électrisa et on fit couvrir la région épigastrique de fomentations froides. La guérison fut prompte et durable. (Voy. Siebold, *Recueil périodique de littérature médicale étrangère*, t. I, p. 135.)

L'épiploon peut aussi faire partie de ces hernies, et Scarpa l'a déjà rencontré dans une opération. (Scarpa, *Traité des hernies*, p. 107, trad. franç.)

Le sac est plus mobile que dans la hernie ombilicale. Il est quelquefois doublé par une couche adipeuse, que A. Cooper a trouvée très épaisse en disséquant une de ces tumeurs.

Symptômes des hernies épigastriques. — Ces hernies sont remarquables par la facilité avec laquelle elles rentrent et ressortent. Le décubitus dorsal les fait promptement disparaître. Le volume et la forme de la tumeur varient d'ailleurs.

Le plus souvent ces changements ont lieu pendant la digestion. Nous avons déja dit que les troubles de cette fonction étaient plus marqués que dans les autres hernies, surtout pour la digestion stomacale.

Diagnostic des hernies épigastriques. — A leur début ou quand elles présentent un petit volume, ces hernies peuvent échapper; aussi faut-il apporter dans leur examen une grande attention, regarder la région de profil, palper dans des attitudes variées. Si l'ingestion des boissons augmente immédiatement la tumeur, non seulement c'est un signe de hernie, mais de hernie stomacale.

Comme le diagnostic est aussi important que difficile, nous allons emprunter à M. Vidal, de Cassis, des détails de nature à mettre le praticien sur la voie; ce sont surtout des faits :

Obs. 2. « Au mois de mai 1837, M. le professeur Trousseau fut consulté par une dame de Moulins, atteinte d'une dilatation de toute la partie de la ligne blanche qui s'étend de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Dans les contractions musculaires, le rapprochement des muscles droits faisait boursoufler cette tumeur, en lui donnant la forme d'une bourse à deux extrémités rétrécies. Cette dame, âgée de trente et un ans, portait cette tumeur depuis l'âge de vingt-trois ans; elle l'avait constatée à la suite d'une couche, mais sans y attacher aucune importance; depuis lors, ses digestions avaient toujours été lentes, difficiles, pénibles; la constipation opiniâtre; les douleurs de tête atroces; par intervalles, des vomissements et des diarrhées abondantes. Le médecin de Moulins avait vu là une gastro-entérite chronique, contre la-

quelle il avait employé la sévérité du régime, sans amener aucune modification dans la santé de cette dame, qui avait, au contraire, passé d'un état d'embonpoint raisonnable à une maigreur considérable.

» M. Trousseau reconnut la cause et adressa cette malade à M. Jalade-Lafond fils, qui construisit un appareil prenant un point d'appui sur les fausses côtes, de manière à rapprocher les côtes des muscles droits; l'application seule de cet appareil rétablit l'intégrité des digestions.

» Depuis lors, M. Jalade-Lafond a revu cette dame deux fois, la dernière en 1841; elle avait alors repris sa santé, son embonpoint.

» Obs. 3. Une jeune dame de dix-huit à dix-neuf ans éprouvait parfois de la pesanteur à l'estomac; les digestions étaient généralement difficiles; la diarrhée fréquente. Elle se plaignait de douleurs continuelles dans la tête; les moindres mouvements étaient difficiles, douloureux, et accompagnés de flueurs blanches abondantes; elle était pâle, émaciée, et se plaignait d'un violent mal de gorge caractérisé par un sentiment de sécheresse et de brûlure; l'on avait eu recours à des médications de divers genres; on avait fait une médication locale et générale : on avait surtout insisté sur l'emploi des injections astringentes.

» Les règles étaient devenues pâles, irrégulières, peu abondantes; les couleurs étaient revenues par intervalles, mais l'état général de débilité était toujours revenu.

» Dans l'espoir d'un changement heureux, on l'avait mariée cinq mois avant, sans résultat heureux.

» Le médecin du mari reconnut, à l'examen de l'épigastre, la présence d'une légère tumeur qui se gonflait, du reste, par le moindre effort de toux. Lorsqu'elle fut présentée à M. J. Lafond pour avoir un bandage compressif à pelote plate, cette tumeur pouvait s'étendre, en hauteur, de 7 ou 8 centimètres sur 5 de largeur, elle ne faisait pas une saillie de 1 centimètre. Ce bandage fit disparaître tous les symptômes.

» Obs. 4. Un jeune homme de vingt-quatre ans est venu l'an dernier, c'est-à-dire en novembre 1846, consulter M. Ricord. Le médecin ordinaire admettait des pertes séminales, et cet état durait depuis plusieurs années. M. Ricord reconnut l'existence d'une tumeur épigastrique s'étendant de la partie supérieure de la ligne blanche au rebord des fausses côtes du côté gauche. L'appareil compressif a rétabli la santé la plus complète en moins de cinq mois.

» Une malade de M. Michon, habitant un endroit humide, attribuait les accidents qu'elle éprouvait à un vice rhumatismal, et, après avoir longtemps nié l'existence d'une tumeur, elle ne se soumit à l'emploi d'un bandage qu'en protestant contre son utilité.

» J'ai déjà cité une observation qui prouve que l'ingestion d'un liquide dans l'estomac développait la tumeur; c'est ce qui m'a fait admettre la possibilité, dans ce cas, d'une hernie de ce viscère. On devrait mettre à profit ici ce fait, les recherches consignées dans la thèse de M. Fabre, élève de M. P. Bérard, et celles de M. Piorry. Il résulte de ces travaux qu'un liquide ingéré dans l'estomac développe la tumeur, qui, au lieu d'être sonore, devient mate par l'arrivée du liquide dans sa cavité.

» On comprend qu'un abcès des parois abdominales pourrait, à la rigueur, donner d'abord l'idée d'une hernie de l'épigastre, s'il se produisait dans cette région; mais un examen attentif de la tumeur et les antécédents feraient bientôt cesser la méprise. Il y a un abcès qui peut être produit par du pus formé dans le médiastin antérieur, et qui, glissant en bas, pourrait arriver jusque dans la gaîne du droit antérieur, et là la tumeur pourrait avoir des caractères assez indolents pour simuler une hernie; ces cas doivent être extrêmement rares.

Obs. 5. *Abcès du foie pris pour une hernie* (observation par le docteur Horner).

» Robert Miles, âgé de cinquante-quatre ans, petit mais robuste, sujet à des nausées qui ne se manifestaient qu'à de longs intervalles, affecté d'hémorrhoïdes, fut pris, le 1er décembre 1832, de symptômes dyssentériques qui disparurent en seize jours sous l'influence d'une pelote d'un pouce de diamètre, située sur le trajet de la ligne blanche à la région épigastrique. Cette tumeur fut prise pour une hernie de l'estomac

ou du colon; elle diminua peu à peu pendant la convalescence, et disparut entièrement au bout de quelques semaines.

» Le 25 mai 1833, Robert Miles éprouva des coliques suivies de diarrhée; ces derniers symptômes persistèrent assez longtemps. Le 18 juillet, vive douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit; fièvre. Le lendemain, affaiblissement, émaciation, visage pâle et défait, pouls fréquent et faible, température des pieds et des mains abaissée, douleur obtuse dans l'hypochondre droit, sensation de plénitude après avoir mangé, décubitus sur l'un et l'autre côté sans percevoir aucune sensation de pesanteur ni de tiraillements, toux nulle, anorexie, digestion imparfaite, frissons légers et irréguliers dans la journée, paroxysme fébrile chaque soir, suivi de transpiration, langue blanche, insomnie, sécrétion biliaire viciée, selles fréquentes, écumeuses, semblables à de la levure de bière, variables pour la couleur, engorgement et induration du foie, intelligence intacte, amélioration sous l'influence d'un traitement mercuriel, mais la tuméfaction en fait reste la même.

» Il se forma un abcès que le docteur Horner ponctionna; enfin après plusieurs alternatives de bien et de mal, le malade succomba, et à l'autopsie on constata que l'abcès siégeait bien dans le parenchyme du foie.

» Ayant à faire un article sur les tumeurs graisseuses que peuvent simuler les hernies épigastriques proprement dites, je n'ai rien à en dire ici. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathol. externe*, t. IV, p. 112.)

Pronostic et complications des hernies épigastriques. — Il arrive souvent qu'avec ces hernies, il en existe d'autres.

« Aucune autre hernie, dit M. Malgaigne, ne s'accompagne aussi fréquemment de hernies différentes sur d'autres points de l'abdomen; ainsi pour les cinq cas observés sur l'homme en 1835 :

1 se compliquait d'une hernie inguinale simple;
1 se compliquait d'une inguinale double;
1 se compliquait d'une ombilicale;
1 se compliquait d'une deuxième de la ligne blanche et d'une inguinale;
1 se compliquait d'une deuxième de la ligne blanche, d'une inguinale et d'une crurale.

» Pour celles des cinq femmes :

2 s'accompagnaient d'une ombilicale;
1 s'accompagnait d'une ombilicale et d'un cystocèle;
1 s'accompagnait de deux autres siégeant également sur la ligne blanche;
1 s'accompagnait d'une deuxième sur la ligne blanche et d'une inguinale. » (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 236.)

Cette série de faits, sans doute exceptionnelle, met cependant sous le rapport de la fréquence des complications, ce point parfaitement en évidence. Les autres complications des hernies épigastriques sont très analogues à celles des exomphales. Cependant l'épiploon faisant ici moins souvent partie de la tumeur, c'est une source de complications de moins. Les adhérences sont également moins communes dans la hernie épigastrique. Les ouvertures qui livrent passage aux viscères étant en général plus grandes qu'à l'ombilic, l'irréductibilité, l'engouement et l'étranglement s'y rencontrent plus rarement.

Voici une autopsie par Lapeyronie, laquelle jette du jour sur le pronostic en montrant une source d'accidents bonne à noter :

« A l'ouverture du corps, l'intestin colon, dit Lapeyronie, parut dans son état naturel, depuis son commencement jusque vers le milieu de son arc, qui répond à peu près au fond de l'estomac. En cet endroit, la cavité de cet intestin avait la moitié moins de diamètre que l'iléon n'en a ordinairement. Il était sans cellules, ses membranes étaient de moitié plus minces qu'à l'ordinaire; il avait acquis en longueur ce qu'il avait perdu en grandeur de son diamètre et de l'épaisseur de ses membranes. Sa direction était aussi changée; il descendait de longueur d'un pied pour former la hernie ventrale, où il était adhérent par une partie de l'épiploon, et par quelques appendices graisseuses, exactement collées à la surface intérieure de la portion de péritoine qui formait le sac herniaire au sortir de la tumeur, le colon,

toujours aussi étroit et aussi aminci, faisait une circonvolution en remontant vers le fond de l'estomac, où il était parvenu, il reprenait son étendue, sa forme et sa route ordinaires. » (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, in-4, p. 199.)

Quant à la cure radicale, voici comment s'exprime M. Vidal, de Cassis.

« La hernie ombilicale, même celle de l'adulte, ayant été guérie radicalement, et ne connaissant, quant à moi, aucun fait qui prouve une pareille cure d'une hernie épigastrique, je considère, à ce point de vue, le pronostic de celle-ci comme étant plus grave. » (Vidal, de Cassis, *Thèse citée*, p. 117.)

Traitement des hernies épigastriques. — Pour maintenir la hernie, on devra conformer le bandage à la configuration de la région. S'il faut recourir à un appareil particulier, il sera bon de jeter les yeux sur l'observation suivante de Pipelet :

Obs. 6. « Une dame, âgée d'environ trente ans, avait été sujette, dès sa plus tendre jeunesse, à des douleurs d'estomac, accompagnées de vomissements. L'usage du corps de baleine réprima ces accidents. Après le mariage, elle fut moins exacte à porter le corps, et éprouva les mêmes accidents que son usage avait fait disparaître; mais on les attribua à un commencement de grossesse. Ils continuèrent tout le temps qu'elle porta son enfant, et l'accouchement ne l'en délivra point. Je fus appelé par Le Stoc, médecin, environ deux mois après la couche : la malade souffrait de spasmes et de vomissements, allait très rarement à la garde-robe, et ne digérait pas même le bouillon; elle était presque dans le marasme et retenue au lit par cet épuisement. Le Stoc soupçonnait une hernie ombilicale : dans mes recherches je sentis une tumeur très petite située dans la ligne blanche, un peu au-dessous du cartilage xiphoïde. Je ne doutai pas que ce ne fût une portion de l'estomac retenue, j'en fis la réduction. La malade fut laissée à mes soins; j'eus la satisfaction, dès l'instant de l'application du bandage, de voir cesser tous les accidents; la digestion se fit peu à peu, les forces revinrent, et la malade ne s'est ressentie d'aucun des accidents qui dépendaient essentiellement de cette hernie. Depuis trois ans, le bon état de sa santé s'est parfaitement soutenu. » (*Mémoires de l'Acad. de chirurgie*, t. IV, p. 196, in-4.)

ARTICLE VII.

Hernies graisseuses de l'ombilic et de l'épigastre.

Un appendice sur les hernies graisseuses de l'ombilic et de l'épigastre trouve naturellement sa place ici.

Morgagni paraît être le premier qui ait bien observé cette affection, sur laquelle les faits de Schulze et de Petsche avaient appelé son attention. Le cas le plus remarquable de Morgagni est celui d'un prince qui avait beaucoup « de vents et des distensions hypochondriaques. » Les médecins de ce prince crurent à l'existence d'une *épiplocèle un peu au-dessus de l'ombilic et à la partie gauche*. Ce diagnostic n'étant pas justifié par les questions qu'il adressa au malade, Morgagni s'abstint. L'autopsie montra, au lieu d'une hernie, une tumeur graisseuse de la paroi abdominale.

Pelletan étudia ces hernies graisseuses et indiqua le mécanisme de leur formation. Beaucoup d'auteurs en ont depuis avancé l'histoire.

Selon M. Velpeau, le point où cette hernie se montre le plus souvent, c'est l'intervalle situé entre le sternum et l'ombilic. La fréquence de ces tumeurs dans cette région s'explique par le développement exagéré de la graisse qui se trouve entre les feuillets du ligament hépatique et par l'affaiblissement facile de la ligne blanche en cet endroit.

Le volume des hernies graisseuses varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf et n'allant presque jamais au delà. Elles sont globuleuses, légèrement bosselées, à base souvent comme pédiculée, analogue à celle des épiplocèles, surtout de l'épiplocèle ancienne et depuis longtemps irréductible; c'est même cette analogie qui est la source d'une des plus grandes difficultés du diagnostic différentiel. Ces tumeurs graisseuses peuvent être multiples; M. Fardeau en a compté douze chez le même sujet, six à l'épigastre et six ailleurs.

Les tumeurs graisseuses, qui ont assez de rapport avec les hernies, pour prendre le nom de *hernies graisseuses*, sont celles

qui ont pour point de départ le tissu adipeux extra-péritonéal. Des lobules de ce tissu s'engagent à travers une lacune de la ligne blanche, ou en déprimant une ancienne cicatrice, comme Ollivier d'Angers l'a observé sur un militaire blessé en Espagne. (*Additions à Scarpa*, p. 110.)

« L'affaiblissement, l'éraillure pourraient d'ailleurs coïncider avec la production graisseuse, c'est-à-dire avoir une origine plus ou moins voisine de la première période de la vie : on voit alors le tissu graisseux sous-péritonéal communiquer avec le tissu graisseux sous-cutané, par des ouvertures analogues à celles qui établissent les communications vasculaires entre les couches profondes et les couches superficielles des parois abdominales. Ces ouvertures, quelle que soit leur origine, s'agrandissent à mesure que la tumeur augmente de volume et qu'elle devient plus extérieure. Cette tendance de la tumeur à marcher, à se développer du côté de la peau, et son adhérence, par sa face profonde ou par son pédicule au péritoine, font prévoir un résultat fâcheux, savoir la formation d'un véritable sac, c'est-à-dire le commencement d'une hernie proprement dite, laquelle devient alors une véritable complication. » (Vidal, de Cassis, *Thèse citée*, p. 122.)

Pelletan a trop bien exposé le mécanisme de la formation des hernies graisseuses, pour que nous ne lui empruntions pas ce passage :

« Si la description des tumeurs graisseuses a été bien faite, on doit comparer leur sortie et l'entraînement du péritoine fermant l'anneau à ce qui arrive aux testicules, qui, situés avant la naissance dans le tissu cellulaire du péritoine qui avoisine les reins et recouverts du péritoine qui leur donne une tunique extérieure, descendent en se dirigeant vers les anneaux, traversent ces ouvertures en entraînant le péritoine qui les oblitère, et forment, par ce moyen, le prolongement de cette membrane appelée improprement tunique vaginale du testicule. D'où il résulte que ces organes font bosse dans la tunique vaginale; mais ils sont effectivement situés hors d'elles, et dans son tissu cellulaire postérieur. On sait aussi que cette tunique vaginale communique librement dans le ventre, jusqu'à ce que la nature en ait opéré l'adhérence et la clôture vis-à-vis l'anneau ; enfin, au défaut de cette clôture, l'enfant est exposé à la hernie congénitale ; au lieu du testicule descendant du voisinage du rein, dites une masse graisseuse continue, un tissu cellulaire qui joint le péritoine à la vessie urinaire, et vous aurez le mécanisme parfaitement semblable du passage de ces parties par l'anneau, et de la formation du sac du péritoine qu'elles ont entraîné. » (Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 35.)

Un sac ainsi formé peut renfermer tout ce qu'il renferme dans les autres hernies. On rencontre quelquefois des sacs très graisseux qui, dans certains cas, ne se distinguent des tumeurs graisseuses que par des nuances insaisissables. M. Jobert de Lamballe a disséqué un de ces sacs ainsi doublés de graisse, et ce sac contenait de l'épiploon ; en sorte qu'il y avait en même temps une hernie graisseuse et une hernie épiploïque. Ce qui peut exposer à une méprise dans l'opération, c'est l'existence, dans le sein de la tumeur graisseuse, de kystes qu'on peut prendre pour le sac. Le véritable prolongement du péritoine, ou le sac proprement dit, est plus profond quand il existe, et il peut contenir de l'intestin ou de l'épiploon. M. Velpeau a rencontré un de ces cas difficiles.

Voici un fait bien propre à donner une idée de la disposition anatomique de ces tumeurs :

Obs. 1. « Le 15 nivôse dernier j'eus occasion de disséquer, à l'Hôtel-Dieu, le cadavre d'un sujet âgé de soixante ans, de cinq pieds quatre pouces, très musculeux, mort à la suite d'une chute à la renverse sur un escalier de pierre. L'occipital avait été fracturé du côté gauche, depuis la moitié de l'arcade demi-circulaire supérieure jusqu'au pariétal, deux pouces au delà de la suture.

» En examinant l'abdomen, je remarquai une tumeur graisseuse située au-dessous de l'appendice xiphoïde ; je la disséquai ; le corps était gros comme une noix, et le pédoncule comme deux plumes à écrire, je suivis ses racines à environ quatre pouces de circonférence dans le péritoine ; elles allaient toujours en divergeant, et finissaient par se consumer, tapissant les

environs de l'ouverture, qui les serrait assez fortement dans le système général des vaisseaux de cet organe.

» A deux pouces au-dessus de l ombilic, j'en trouvai une seconde présentant le volume d'un œuf, mais un peu plus allongée, de manière que la grosse extrémité était en bas ; elle me parut plus résistante que l'autre ; la dissection que j'en fis avec beaucoup de soin me montra encore une pelote d'une graisse bien sèche, bien jaune ; l'ouverture qu'elle s'était pratiquée à travers la ligne blanche présentait une direction transversale avec des bords arrondis, comme une ouverture naturelle dans un anneau, par exemple. J'y introduisis le petit doigt, je fendis la tumeur en deux sens, j'y vis une quantité innombrable d'artérioles et de veinules qui formaient, au milieu de cet anneau contre nature, un faisceau considérable de couleur rouge et bleue; il s'étendait dans l'épaisseur du ligament suspenseur du foie, jusqu'à la grande scissure de ce viscère, dans laquelle on remarquait une quantité considérable de graisse. Tous les vaisseaux allaient toujours en cachant davantage leur origine dans la face concave du foie ; le pédoncule de la tumeur recevait aussi un grand nombre de vaisseaux sanguins du péritoine, tapissant les environs de l'ouverture, ou le serrait assez fortement. » (Vidal, p. 124.)

Un des points à la fois les plus difficiles et les plus importants de l'histoire de ces tumeurs, c'est leur diagnostic. Il est facile surtout de les confondre avec les hernies épiploïques irréductibles. D'après Scarpa, les hernies graisseuses seraient plus dures que l'épiplocèle. Si l'on se rappelle l'induration que peut subir l'épiploon dans les hernies, principalement dans les hernies anciennes, on sentira combien ce signe différentiel a peu de valeur. Lorsque l'épiploon, sortant à peine de l'abdomen, se mêle à la graisse qui double la peau, il s'agence et se confond si bien avec les lobules de cette couche adipeuse sous-cutanée, qu'il est extrêmement difficile de l'y reconnaître. Quand, au contraire, l'épiploon est depuis longtemps en dehors et irréductible, il simule la tumeur graisseuse de la manière la plus insidieuse; il peut offrir tous les caractères d'un lipome; et les antécédents, même en les supposant exacts, ne suffisent pas toujours pour dissiper l'obscurité du diagnostic. N'y a-t-il pas des épiplocèles qui se forment très lentement, comme les hernies graisseuses? Il serait important de savoir si dans le commencement, la tumeur était réductible, car, en général, on serait alors autorisé à admettre une hernie épiploïque. Cependant la réductibilité n'est pas toujours ici un signe décisif, car elle peut appartenir aux hernies graisseuses, comme dans le cas suivant de Laënnec :

Obs. 2. « Une femme morte d'une maladie aiguë, à l'hôpital de la Charité, avait, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur du volume d'une pomme de moyenne grosseur, que l'on faisait rentrer entièrement dans l'abdomen par le taxis; on pouvait ensuite la faire reparaître en pressant fortement les flancs du cadavre. Ces caractères semblaient ne laisser aucun doute sur l'existence d'une hernie ombilicale; mais, après que la peau eut été incisée, je vis avec surprise que cette tumeur était formée par une masse graisseuse, développée dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui touchait immédiatement au péritoine dans une partie de sa surface, à raison d'un écartement presque circulaire et de la largeur de l'ongle, que les fibres aponévrotiques laissaient en cet endroit. La tumeur pressée franchissait avec assez de facilité cette ouverture, et se logeait entièrement entre le péritoine et les muscles droits. La graisse qui formait cette tumeur était plus ferme et d'une couleur un peu plus foncée que la graisse voisine, dont elle était séparée par une couche de tissu cellulaire assez épaisse. » (Vidal, de Cassis, *Thèse citée*, p. 127.)

Suivant M. P. Bérard, les hernies graisseuses ne troublent pas les fonctions de l'estomac; mais comme certaines épiplocèles irréductibles pourraient bien n'avoir pas plus d'influence sur ce viscère, il conseille de comprimer la tumeur entre les doigts : elle est insensible si c'est une hernie graisseuse, douloureuse si c'est une hernie étranglée. Il est essentiel de comprimer latéralement et non d'avant en arrière, parce que s'il y avait une péritonite, cette dernière manœuvre déterminerait de la douleur, dont on pourrait, à tort, rap-

porter le siége à la tumeur. Mais c'est un signe qui n'a de valeur que dans l'étranglement.

Il reste ici des chances d'erreur qui sont susceptibles de conséquences plus ou moins graves. Ainsi, on peut condamner un malade à porter un bandage pour une simple hernie graisseuse. Une inflammation aiguë de l'abdomen, coïncidant avec une hernie graisseuse, peut en imposer pour une hernie étranglée, et une opération inutile et dangereuse peut être et a été pratiquée.

M. Velpeau et d'autres chirurgiens ont vu des cas analogues; M. Denonvilliers est tombé dans cette méprise.

La tumeur elle-même peut être le siège ou le point de départ de douleurs et d'une inflammation qui s'étend plus ou moins loin du côté du péritoine. Béclard trouva sur le cadavre d'un homme de soixante ans une tumeur graisseuse passant par une petite ouverture de la ligne blanche, à un pouce au-dessous de l'appendice xiphoïde. Il ne put obtenir aucun renseignement, mais des adhérences existant entre la tumeur graisseuse et l'ouverture qui lui avait livré passage, ainsi que les traces d'un vésicatoire anciennement appliqué sur la tumeur, firent penser avec raison que pendant la vie la tumeur avait été le siége de douleurs assez marquées (Scarpa, note du traducteur, *loc. cit.*, p. 113).

Un fait analogue de M. Cruveilhier justifie complétement ces inductions :

Obs. 3. « Un homme vient à l'Hôtel-Dieu pour des coliques habituelles qu'il éprouvait depuis plusieurs années : on reconnaît une petite hernie au-dessus de l'ombilic; on croit à une hernie de la ligne blanche, et on trouve seulement un paquet graisseux qu'on emporte. Dès ce moment, les coliques ont disparu. » (Cruveilhier, *Essai sur l'anat. pathol.*, t. II, p. 268.)

Voici une observation de Scarpa plus intéressante encore :

Obs. 4. « On amena il y a quelques années, dit ce grand maître, dans cette école de chirurgie pratique, une femme âgée de cinquante-cinq ans, assez grosse, mais ayant la fibre molle, et éprouvant depuis longtemps des symptômes d'hystérie. Cette femme avait été prise, la nuit précédente, d'une colique intestinale très violente, qu'on attribuait à l'étranglement d'une hernie : on remarquait, en effet, au-dessous de l'ombilic, au côté gauche de la ligne blanche, une tumeur du volume d'une grosse noix, sans aucun changement de couleur de la peau; la malade, avait, de plus, des nausées, de la propension au vomissement, et ses déjections alvines étaient supprimées. Quoique sujette depuis longtemps aux douleurs de ventre, elle disait n'en avoir jamais souffert d'aussi irritantes que celles qu'elle éprouvait depuis la veille; elle les attribuait à l'usage immodéré d'aliments farineux et de légumes mal cuits ; il lui semblait en outre, et ces sortes d'illusions ne sont point rares dans les grandes souffrances, que depuis l'invasion des coliques la petite tumeur avait sensiblement augmenté de volume et était devenue douloureuse. Persuadé que c'était une véritable hernie de la ligne blanche, et sachant par expérience que les hernies de cette espèce, de même que celles de l'ombilic, sont très promptes à se gangrener, je procédai sur-le-champ à l'opération. Mais après l'incision des téguments, je ne trouvai pas la plus légère trace de sac herniaire; toute la tumeur consistait en une petite masse de graisse durcie et portée sur un pédicule qui traversait la ligne blanche; je l'emportai d'un coup de ciseaux, et je demeurai alors bien convaincu de la véritable nature de la maladie. Les bains tièdes, les clystères émollients, et l'usage de l'huile de ricin à petites doses souvent répétées rétablirent les évacuations alvines, et la colique disparut en peu de temps. La petite incision fut promptement cicatrisée. » (Scarpa, p. 339.)

Lorsqu'une de ces tumeurs de nature douteuse coïncide avec des symptômes de péritonite, que faut-il faire? Scarpa répond : « On ne doit pas hésiter à mettre la tumeur à découvert. L'opération ne peut causer aucun accident au malade; tandis que s'il existait réellement une hernie étranglée, le plus léger retard pourrait lui être préjudiciable. » (Scarpa, *Additions au mémoire sur la hernie ombilicale*, loc. cit., p. 109).

M. Vidal apprécie de la manière suivante ce précepte de Scarpa :

« Je ne puis complétement me persua-

der qu'une opération, qui consiste à ouvrir le ventre quand il y a péritonite, ne puisse causer *aucun accident*, c'est-à-dire qu'elle ne puisse pas aggraver l'état du malade. Ceci doit engager le jeune praticien à rechercher avec soin les plus minutieux antécédents; il devra surtout s'enquérir du point de départ de la douleur abdominale, des maladies qui ont précédé la péritonite; il devra porter son attention sur les maladies graves qui ont pour caractères anatomiques des ulcérations de l'intestin. S'il s'agit d'une femme, on dirigera son attention du côté des ovaires, de la matrice, car on sait que les kystes des ovaires peuvent s'ouvrir dans l'abdomen et donner lieu à des péritonites. Des tumeurs de la matrice en voie d'élimination peuvent produire la même phlegmasie; on a même vu la péritonite éclater après la chute spontanée d'un polype de l'utérus. Il est bien entendu que si on avait déjà pratiqué une opération sur un point de l'abdomen, on devrait avoir le plus grand égard pour cette circonstance.» (Vidal, de Cassis, *Thèse citée*, p. 132.)

Quand la hernie graisseuse est indolente, il faut la respecter, dans la crainte d'une inflammation du péritoine par influence de voisinage, suivant l'expression de M. Gerdy.

ARTICLE VIII.

Hernies ventrales.

Les hernies ventrales offrent deux variétés : celles de la ligne blanche, qui siégent sur le trajet de cette ligne fibreuse, et celles qui se fait sur les côtés par d'autres ouvertures que les anneaux.

Comme nous avons déjà étudié sous le titre de hernies ombilicales et épigastriques, celles qui s'observent dans les deux tiers supérieurs de la bande verticale qui sépare l'appendice xiphoïde du pubis; il ne nous reste réellement à décrire que les hernies qui se font dans le tiers inférieur de la ligne blanche et celles qui se prononcent sur les parties latérales de la paroi abdominale.

Causes des hernies ventrales.—La cause de ces hernies réside quelquefois dans une faiblesse congénitale de la paroi; mais bien plus souvent la formation de la tumeur est la conséquence d'un affaiblissement de cette paroi par suite d'une distension excessive comme dans la grossesse ou dans l'ascite. D'autres fois, c'est une contusion violente qui, en faisant céder les plans musculaires ou fibreux, a préparé la voie de la hernie; une cicatrice d'une grande plaie peut avoir le même résultat.

Caractères anatomiques des hernies crurales. — Les hernies de la ligne blanche sont tantôt la conséquence du relâchement général de cette bande fibreuse que les viscères poussent au-devant d'eux et dont ils s'enveloppent; tantôt ces viscères sortent par une lacune de cet entrecroisement fibreux. Dans le premier cas, le relâchement peut occuper toute la longueur de la ligne blanche depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, ou être borné à la partie sus ou sous-ombicale. J.-L. Petit a même vu deux dilatations, l'une au-dessus et l'autre au-dessous de l'ombilic, qui avait résisté. Le plus souvent c'est la partie sous-ombilicale de la ligne blanche qui est seule dilatée. Dans ces hernies, il s'opère entre les deux muscles droits un écartement variable, dans lequel bombe, poussée par les viscères, la bande fibreuse amincie en même temps qu'élargie. Alors, sous l'influence d'un effort quelconque, cette bande dilatée se laisse soulever et forme une tumeur allongée dans le sens vertical. L'enceinte abdominale n'est donc que partiellement dilatée.

Quant aux hernies de la ligne blanche qui sortent par une lacune, nous ne pourrions rien dire de cette ouverture sans répéter ce qui a déjà été exposé à l'occasion des hernies ad-ombilicales et épigastriques.

Les hernies de la ligne blanche sont beaucoup plus fréquentes que les autres hernies ventrales, quoique aucun point des parois antérieure et latérales du ventre n'en soit exempt. A. Cooper en a vu trois exemples le long de la couche aponévrotique située au côté externe du muscle droit : dans ces trois cas, la hernie était au-dessous du niveau de l'ombilic. Ledran a rencontré une épiplocèle dans la gaîne du muscle droit du côté gauche, près des fausses côtes; elle était recouverte par ce muscle. L'épiploon, qui formait la tumeur, suppura; Ledran ouvrit l'abcès, fit au muscle droit une incision en T, dont il

excisa les lambeaux. La portion herniée de l'épiploon était du volume d'une petite pomme (Ledran, *Obs. chir.*, t. II, p. 257). J.-L. Petit a observé une hernie du volume d'une tête d'enfant située entre les fausses côtes et la partie postérieure du muscle transverse du côté gauche; elle disparaissait par le décubitus et par la pression; elle s'étrangla. MM. Decaisnes et Vanvarenberg ont observé, chez un enfant de six ans, une hernie grosse comme un œuf, dans la même région. Cette hernie avait été la conséquence immédiate d'une chute de trente pieds de hauteur sur des palissades.

« La composition des hernies ventrales diffère peu de celle des hernies ombilicales, latérales et ad-ombilicales; leurs enveloppes sont disposées dans l'ordre que voici, en procédant des viscères vers la peau :

» 1° Toutes ont un sac, même celles en rapport avec la cicatrice d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Seulement, dans ces dernières, le sac présente une cicatrice analogue à celle que M. Goyrand a trouvée au sac d'une hernie qui s'était reproduite après un débridement qui avait entraîné la destruction d'un premier sac;

» 2° Sur le sac se trouve le *fascia transversalis*, qui, d'autres fois, est traversé par le sac. Dans les hernies latérales situées au-dessous de l'ombilic, l'enveloppe fournie par ce *fascia* sera très distincte si elle existe. Si la hernie s'est faite à travers la ligne blanche, le *fascia transversalis*, très dense et très adhérent aux parties qu'il sépare, s'isole moins facilement; il sera encore très peu distinct si la hernie a son siége aux parties supérieure ou latérales du ventre;

» 3° Sur le *fascia transversalis*, on trouve le *fascia superficialis* plus distinct inférieurement et sur les côtés de la ligne médiane que sur cette ligne même, et sur les parties supérieure et latérales des parois de l'abdomen;

» 4° Enfin, la peau.

» Dans les cas de hernies qui résultent de la distension de la ligne blanche, les *fascia transversalis* et *superficialis* sont séparés l'un de l'autre par une couche fibreuse résistante, formée par la ligne blanche et les tissus aponévrotiques voisins distendus et allongés.

» Les hernies qui s'opèrent par une perforation des tissus musculaire et fibreux, ont un pédicule souvent fort étroit, quand elles sortent par une ouverture vasculaire dilatée, ordinairement large, quand elles se font à la faveur d'une cicatrice ou à la suite d'un coup violent qui, sans entamer la peau, a déchiré profondément les couches musculaire et fibreuse de la paroi abdominale. On pourrait dire que les hernies qui proéminent sous la ligne blanche relâchée n'ont pas de pédicule, car l'ouverture oblongue qui leur livre passage, et qui est limitée par les muscles droits, n'a guère moins d'étendue transversale que le point le plus large de la saillie semi-cylindrique qu'elles forment extérieurement.

» La forme des hernies ventrales diffère suivant le siége de ces tumeurs. Celles qui résultent de la distension de la ligne blanche, représentent un demi-cylindre longitudinal, saillant sur la ligne médiane; celles qui sortent à travers une ouverture annulaire représentent généralement une portion de sphère; leur fond est le plus souvent situé un peu plus bas que leur collet.

» Les hernies ventrales contiennent ordinairement une portion du grand épiploon et une anse soit d'intestin grêle, soit de l'arc du colon. Suivant quelques chirurgiens, une petite portion de l'estomac se rencontrerait assez souvent dans les hernies de la partie sus-ombilicale de la ligne blanche; mais la présence de l'estomac dans ces hernies n'est pas chose bien prouvée.

» La grossesse dilate quelquefois à tel point la ligne blanche, que l'utérus rempli par le produit de la conception, s'engage entre les deux muscles droits et s'incline en avant et en bas vers les cuisses; c'est cette disposition que les accoucheurs ont désignée sous le nom de *ventre en besace.* » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 513, 2e édit.)

Les *symptômes des hernies ventrales*, non plus que leur *diagnostic* et leur *pronostic*, n'offrent rien de spécial; nous ne devons donc pas nous y arrêter.

Traitement des hernies ventrales. —

Lorsque cette hernie est réductible, elle réclame les mêmes procédés de réduction et de contention que les hernies ombilicales. Lorsqu'elle est trop volumineuse, on se sert, pour la maintenir, d'une ceinture élastique munie d'une pelote configurée suivant la forme de la hernie, mais toujours plus large que la base de la tumeur (A. Cooper).

Les hernies qui sont la conséquence du relâchement général de la ligne blanche ne s'étranglent jamais; cet accident n'atteint guère que celles qui sortent par une lacune fibreuse.

Pour l'opération, il est difficile de tracer des règles fixes. On découvre la hernie par une incision longitudinale, en T, cruciale, suivant le volume de la tumeur. Une disposition qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'en général, le sac n'est séparé de la peau que par des feuillets fort minces. Il n'y a guère d'exception à cet égard que pour la hernie observée par J.-L. Petit entre les fausses côtes et la crête iliaque et qui devait être recouverte, au moins en partie, par les muscles grand dorsal et grand oblique, et pour cette hernie épiploïque contenue dans la gaîne du muscle droit recouverte par ce muscle. Dans de pareils cas, on ne pourrait arriver au sac qu'à travers les couches musculaires.

Le débridement doit généralement être dirigé en haut; mais si la hernie avait son siège vers la partie inférieure de la paroi du ventre, en dehors du muscle droit, son collet ne serait pas loin de l'artère épigastrique; A. Cooper conseille alors de débrider du côté opposé à celui qu'occupe ce vaisseau.

ARTICLE IX.

Hernie sous-pubienne.

C'est, comme on sait, par sa partie antérieure et supérieure que le trou sous-pubien livre passage au nerf et aux vaisseaux de ce nom. Ce nerf et ces vaisseaux laissent quelquefois à côté d'eux une sorte d'hiatus par où s'échappe une portion d'intestin ou d'épiploon.

Garengeot est le premier qui ait fait connaître cette hernie avec quelque exactitude; mais Duverney dans ses dissections en avait déjà trouvé deux chez une vieille femme. Ces hernies, toutes les deux intestinales, grosses comme des œufs de poule, restaient cachées entre les adducteurs, sans faire saillie à l'extérieur.

Chez une femme accouchée depuis cinq jours, Garengeot a rencontré une hernie sous-pubienne étranglée. Elle s'était produite dans une chute sur la fesse droite, avec une douleur extrêmement vive à la partie supérieure de la cuisse, près de la grande lèvre, douleur accompagnée de vomissements qui persistèrent pendant trois jours. Quand Garengeot vit la malade, il trouva une tumeur à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, séparée de la vulve par la largeur d'environ un doigt et ayant cinq à six pouces de long. Il fit élever la cuisse et les genoux, exerça avec la main sur la tumeur une pression de bas en haut et réduisit la hernie. La malade sentit au même instant un gargouillement dans le ventre. Tous les symptômes cessèrent aussitôt, et un demi-quart d'heure après, il y eut une évacuation par l'anus. (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, p. 709.)

On doit à A. Cooper l'observation anatomique suivante :

« La préparation anatomique du seul cas de cette espèce que j'aie observé se trouve dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas. Dans ce cas, le sac herniaire était tellement petit, que j'hésitai d'abord à le faire dessiner. Mais quand je réfléchis que le danger des hernies est assez habituellement en raison directe de leur peu de volume, et que ce petit sac indique, aussi bien qu'un grand, la position de la hernie; en outre, quand je songeai que, selon toute probabilité, cette hernie acquiert rarement un grand volume, il me sembla que ce cas méritait d'être noté.

» Cette hernie existait chez un homme et fut observée par hasard en faisant la préparation d'une hernie inguinale du même côté.

» Le collet du sac, à sa partie antérieure, se trouvait en rapport immédiat avec le pubis, dans les trois quarts de sa circonférence. Ce collet était entouré par le ligament sous-pubien. La partie du sac opposée au collet était placée au-dessous du court adducteur et de l'attache supérieure du pectiné.

» Le volume de la portion du sac herniaire placée dans l'épaisseur de la cuisse, n'excédait pas le volume d'une muscade.

» L'artère obturatrice et le nerf étaient situés en arrière du collet du sac et un peu à son côté interne. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, p. 367, traduct. franç.)

Hesselbach et beaucoup d'autres chirurgiens ont depuis lors retrouvé cette hernie; et la disposition des parties n'a pas été la même dans tous les cas. Chez un sujet disséqué par M. Demeaux, le sac était situé derrière l'obturateur externe; l'ouverture qui livrait passage au sac et entourait le collet s'était formée en haut par la gouttière osseuse que présente à sa partie inférieure la branche horizontale du pubis, et dans les trois quarts inférieur, interne et externe de sa circonférence, par le ligament obturateur et les muscles obturateurs externe et interne, qui présentaient dans ce point, pour compléter la disposition annulaire de cette ouverture, une arcade aponévrotique renversée.

Les vaisseaux et les nerfs qui se trouvent ordinairement en dehors du collet du sac ont cependant été rencontrés en dedans.

La hernie sous-pubienne est bien plus fréquente chez la femme que chez l'homme, sur dix cas rapportés par Garengeot, un seul appartenait à l'homme.

« Une hernie sous-pubienne peu volumineuse existant chez un homme gros et musclé ne fait pas saillie appréciable; dans les circonstances opposées, cette hernie forme, à la partie supérieure et interne de la cuisse, près le scrotum ou la grande lèvre, une tumeur mal circonscrite à cause de sa situation profonde, arrondie ou plus ou moins allongée dans le sens de la longueur du membre, tumeur qui présente, d'ailleurs, les caractères communs des hernies. » (Vidal, de Cassis, *Traité de path. externe*, t. IV p. 518 2e édit.)

On comprend toute la difficulté du diagnostic, surtout quand il n'y a pas de tumeur sensible à l'extérieur. Ce n'est que par une analyse bien raisonnée des symptômes et en procédant par voie d'élimination qu'on peut être conduit au but.

La hernie reconnue, on procède à la réduction en faisant coucher le malade sur le dos, le bassin élevé et les cuisses fléchies; et on exerce sur la tumeur une pression de bas en haut et de dehors en dedans.

A. Cooper conseille l'application d'un brayer crural dont la pelote serait renflée à son extrémité de manière à exercer une compression profonde.

Si l'absence de tumeur appréciable ne fait pas prendre pour un étranglement interne la hernie sous-pubienne étranglée, comme cela est déjà arrivé, voici la règle que pose M. Vidal :

« Un chirurgien prudent ne sera jamais tenté d'imiter la conduite d'Arnaud, qui, ayant affaire à une hernie sous-pubienne entéro-épiploïque dans laquelle l'épiploon était seul irréductible, et qui n'était au reste accompagnée d'aucun accident, incisa le sac et excisa la portion d'épiploon herniée qui était du volume d'une noix. Mais s'il existait un étranglement bien constaté qui ne cédât pas au taxis et aux moyens médicaux, quoi qu'en disent Sabatier et M. Velpeau, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération qui seule pourrait sauver les jours du malade. L'incision extérieure devrait être large, les faisceaux des muscles pectiné et petit adducteur, recouvrant le sac, seraient incisés transversalement ou obliquement, et non simplement écartés; le débridement serait dirigé en dedans, ainsi que le conseillent Dupuytren et A. Cooper; on éviterait ainsi ordinairement la lésion des vaisseaux et du nerf sous-pubien. Mais le bistouri boutonné devrait être introduit très peu profondément, et autant que possible il serait précédé par le doigt indicateur, car la vessie se trouve bien près du point sur lequel porterait le débridement. On aurait soin de vider la poche urinaire avant l'opération. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 519, 2e édition.)

ARTICLE X.

Hernie ischiatique.

Cette hernie, sortant par l'échancrure qui lui a donné son nom, passe sous le bord inférieur du muscle pyramidal, en avant et en dehors du nerf sciatique. Le sac, d'abord recouvert par le grand fessier, déborde, en se développant, ce muscle par en bas. Pour plus de précision, nous dirons que l'ouverture herniaire est bornée en

avant par la partie de l'échancrure située au-dessus de l'épine sciatique; en haut par le bord inférieur du muscle pyramidal; en bas par l'épine sciatique et le petit ligament sacro-sciatique.

Cette hernie peut acquérir un grand volume. Ainsi Verdier emprunte à un recueil périodique de Londres le fait suivant :

Obs. 1. « Une femme de cinquante ans portait une tumeur ancienne d'un volume énorme, qui s'étendait de l'anus au gras de la jambe. A l'autopsie on reconnut que c'était une hernie ischiatique qui contenait le grand épiploon, l'iléon, le mésentère, le cœcum, la partie inférieure du colon, une portion du rectum. L'estomac était placé longitudinalement au milieu du ventre, le duodénum s'avançait vers l'orifice du sac. » (Verdier, *Mém. de l'Académ. de chirurg.*, t. II, p. 2, in-4°.)

Du reste, comme cette hernie est très rare, nous allons extraire du livre d'A. Cooper la seule observation complète que nous connaissions; elle suppléera à ce qui manque dans une description dépourvue, comme base, d'un nombre suffisant de faits. Cette observation est de M. Jones.

Obs. 2. « Le 18 avril 1800, je fus appelé auprès d'un homme, âgé de vingt-sept ans, qui quelques heures auparavant, avait été pris de nausées, de vomissements et de vives douleurs à la région épigastrique. Le pouls était un peu plus petit et plus lent qu'à l'état normal, et la peau était couverte de sueur, il ne pouvait rapporter ces symptômes à aucune cause appréciable; mais il avait, disait-il, éprouvé déjà une fois les mêmes accidents à un degré moindre. Cette première fois, les désordres fonctionnels de l'estomac avaient été combattus avec succès par la teinture d'opium, et une dose d'huile de ricin avait achevé la guérison. Le malade avait pris quinze gouttes de teinture d'opium une heure avant ma visite; mais comme il n'en avait éprouvé aucun soulagement, et que les symptômes continuaient à être pressants, je prescrivis une pilule composée d'un grain d'opium avec une goutte d'essence de menthe poivrée; puis à prendre, immédiatement après que l'estomac serait un peu calmé, la potion suivante :

Calomel	5 gram.
Poudre de scammonée . .	8 —
Savon médicinal	5 —
Sirop simple	q. s.

Faites trois pilules.

» A huit heures du soir, j'appris que l'opium avait produit une amélioration passagère, que l'estomac n'avait été calmé qu'en partie par les pilules purgatives, qui avaient été rejetées par le vomissement. Les pilules et l'opium furent repris pendant la nuit, mais le malade dormit peu; il eut de fréquents vomissements, il n'eut point d'évacuations alvines. Le lendemain 19, éructations fréquentes et très pénibles, qui firent croire au malade que sa tumeur était due à des vents; je prescrivis la potion suivante à prendre immédiatement et à renouveler, si elle produisait de bons effets :

Esprit d'ammoniaque composé.	1 dragme.
Esprit de lavande	1 —
Eau de menthe des prés . . .	℥j —

» *Misce. Fiat haustus.*

» A neuf heures du soir, le malade avait pris trois fois cette dose et se trouvait mieux, bien qu'il n'eût pas été entièrement exempt de nausées et de vomissements; la tumeur avait quitté l'estomac, avait son siége immédiatement au-dessous de l'ombilic, et n'était point augmentée par une légère pression.

» Le malade m'assura qu'il n'avait jamais eu de hernie. Aucune évacuation n'ayant eu lieu, je prescrivis un lavement laxatif avec l'huile de ricin; ce lavement devait être renouvelé après un certain temps, si le premier ne faisait point effet. Je prescrivis en outre une nouvelle potion, avec addition de vingt gouttes de teinture d'opium.

» Deux lavements furent administrés; mais chacun d'eux fut rendu aussitôt sans aucune matière; toutefois, la nuit fut un peu meilleure que la précédente.

» Le 20, la douleur persistait au-dessous de l'ombilic, mais sans augmentation. Le malade accusait aussi une sensation de pesanteur et de plénitude vers l'estomac. Interrogé de nouveau sur l'existence d'une hernie, il répondit encore qu'il n'en avait jamais eu.

» Cependant, ne sachant comment me rendre compte de l'opiniâtreté des symptômes, et pensant qu'il pouvait exister une hernie suffisante pour les produire, mais assez petite pour avoir échappé à l'attention du malade, j'explorai avec le plus grand soin l'anneau inguinal, le ligament de Poupart et tous les points des parois abdominales, mais je n'y trouvai aucune hernie. Comme le malade n'accusait aucune douleur dans les points où la hernie peut être aperçue quand elle a lieu au trou ovale ou à l'échancrure sciatique, je ne crus pas nécessaire d'explorer ces régions.

» Mes essais pour déterminer des selles à l'aide du calomel et de la scammonée ayant été sans résultat, je me déterminai à essayer une infusion de séné, que le malade prenait comme purgatif, avec l'addition seulement de quelques pruneaux, et que je n'avais pas osé lui prescrire d'abord à cause de l'extrême irritabilité de l'estomac.

» Dans la journée, il en prit près de douze onces en plusieurs petites doses, mais presque tout fut rejeté malgré l'application de sinapismes sur la région épigastrique, et il n'y eut aucun effet purgatif produit.

» Le malade se plaignait d'une sensation de pesanteur et de plénitude à l'épigastre. Ce symptôme, ainsi que les nausées constantes et les vomissements le tourmentaient beaucoup plus que la douleur qui avait son siége au-dessous du nombril.

» Voyant échouer tous les moyens ordinaires, je pensai qu'il serait peut-être utile de favoriser sa disposition aux vomissements, et de vider ainsi complétement l'estomac; dans ce but, je prescrivis 12 grains d'ipécacuanha, qui furent vomis immédiatement et qui ne produisirent aucun changement dans l'état du malade. Je fis prendre ensuite une potion calmante.

» Le jour suivant, 21, amélioration; la nuit avait été meilleure. Le malade attribuait ce mieux à une abondante transpiration; son pouls, sauf quelques instants de langueur qui avaient eu lieu pendant les dernières vingt-quatre heures, était, comme au début, assez petit et plus lent qu'à l'ordinaire. Le malade resta tout le jour plus tranquille qu'il ne l'avait été jusque là; mais il eut encore quelques vomissements, et sentit plus vivement la douleur située au-dessous de l'ombilic.

» Six sangsues appliquées sur le point douloureux produisirent un abondant écoulement de sang.

» Dans la soirée, deux lavements laxatifs n'amenèrent aucune selle. Après ces lavements, le malade prit une potion calmante qui ne produisit que peu d'effet.

» Le 22, même douleur, sans augmentation; car le malade pouvait supporter une légère pression; l'abdomen n'était pas tendu; un large vésicatoire fut appliqué sur la partie douloureuse. L'infusion de séné fut prise de nouveau, mais sans résultat.

» Dans la soirée, douleur très vive que le malade attribuait au vésicatoire. Les lavements furent renouvelés, mais ils n'amenèrent qu'une très petite quantité de matières. Après le troisième lavement, la potion calmante fut répétée, mais la nuit ne fut pas meilleure.

» Le 23, je demandai une consultation; mais le malade dit à ses amis qu'il se sentait mieux, et les empêcha d'envoyer chercher un autre médecin. Dans la journée, il prit de nouveau de la potion à cause du retour des éructations.

» Le 24, je trouvai le malade assis sur son lit, et il m'apprit que le matin il avait mangé un peu de pain rôti, et qu'il avait bu deux tasses de thé, ce qu'il n'avait point encore fait depuis le commencement de sa maladie. Il se trouvait si bien, qu'il était très disposé à reprendre ses affaires; mais il avait voulu me consulter auparavant. Je lui conseillai de n'en rien faire avant quelques jours. Je trouvai le pouls très bon. Toutefois, comme le malade était très affaibli, je lui prescrivis une infusion de serpentaire avec teinture de quinquina, dont il prit seulement deux doses.

» Dans la soirée, j'appris que le mieux continuait; le malade se plaignait seulement de faiblesse et d'une douleur causée par le vésicatoire. Il dormit peu pendant la nuit. Le 25, il sortit de son lit et descendit de sa chambre, qui était au quatrième étage; mais il retourna promptement, disant qu'il ne se sentait pas bien.

» A partir de ce moment, il s'affaissa

graduellement jusqu'à sept heures du soir, heure à laquelle il expira.

» *Autopsie.* — L'iléon était descendu dans le bassin sur le côté droit du rectum. Une anse de cet intestin faisait hernie hors du bassin, à travers l'échancrure sciatique. Afin d'étudier plus commodément la disposition des parties, une ligature fut placée sur l'iléon, précisément dans le point au niveau duquel il pénétrait dans le bassin; on en plaça une autre autour de tous les intestins dans le bassin; ensuite l'intestin fut graduellement retiré du sac herniaire dans lequel il était assez solidement emprisonné. En examinant la surface de l'anse intestinale renfermée dans le sac, je reconnus qu'elle avait contracté dans deux points des adhérences au moyen d'une lymphe plastique. L'intestin était très noir dans la portion qui était étranglée, et dans une longueur d'environ trois pouces au-dessus et au-dessous. Les intestins, à partir de la hernie vers l'estomac, étaient considérablement distendus par des gaz, et présentaient çà et là des taches livides. Il y avait aussi une tache foncée à l'estomac, immédiatement au-dessus du pylore; le colon, jusqu'à sa courbure sigmoïde, présentait une telle rigidité de contraction, qu'il n'aurait pas pu laisser passer de l'air dans sa cavité; mais il avait sa couleur naturelle, et l'inflammation s'étendait à peine à ses parois.

» A une dissection minutieuse, nous trouvâmes sur le côté droit du bassin un petit orifice placé un peu au-devant et un peu au-dessus du nerf sciatique, et à la partie antérieure du muscle pyramidal. Quand le doigt était introduit dans cette ouverture, il pénétrait dans un sac situé sous le grand fessier : c'était là le sac herniaire dans lequel la portion d'intestin déplacée avait été étranglée.

» La membrane celluleuse qui unit le nerf sciatique aux parties environnantes situées dans l'échancrure sciatique avait cédé à la pression de l'intestin refoulant le péritoine au-devant de lui, l'orifice du sac herniaire était placé en avant de l'artère iliaque interne et de la veine, au-dessous de l'artère obturatrice et au-dessus de la veine du même nom; son collet était placé au-devant du nerf sciatique, et son fond, qui siégeait à la partie externe du bassin, était recouvert par le muscle grand fessier. Au devant, mais un peu au-dessous du fond du sac était situé le nerf sciatique; derrière lui se trouvait l'artère; à sa partie supérieure, il répondait aux os, et au-dessous de lui étaient les muscles et les ligaments du bassin.

» Si cette hernie pouvait être reconnue sur le vivant, et si on la trouvait réductible, il serait facile de construire un bandage propre à la maintenir dans le bassin. Si elle s'étranglait, et que l'opération dût être pratiquée, le débridement en avant serait celui qui offrirait le moins de danger. » (A. Cooper, Paris, 1837, p. 375.)

ARTICLE XI.

Hernie périnéale.

Il semble que cette hernie doive traverser toujours le plancher musculeux et aponévrotique du bassin; cependant il arrive que le releveur de l'anus, distendu et aminci, forme une enveloppe au sac, ainsi que Scarpa en a vu un exemple.

Cette hernie s'observe sur différents points du périnée : tantôt sur la ligne médiane, entre le rectum et la vessie chez l'homme, entre le rectum et le vagin chez la femme; tantôt sur les côtés du plancher du bassin.

Dans un cas disséqué par A. Cooper, voici quelles étaient les dispositions anatomiques de la hernie :

« Le peritoine, qui dans l'état naturel se réfléchit de la partie postérieure de la vessie sur la partie antérieure du rectum, était refoulé en bas par les organes qui s'étaient déplacés. Mais la peau ne paraissait pas avoir cédé, de manière à faire tumeur à l'extérieur.

» L'extrémité inférieure du sac herniaire était placée au-devant de l'anus.

» La prostate était située immédiatement au-devant du sac.

» Le fond de la vésicule séminale était placé sur la partie latérale du sac, son sommet était situé au-devant.

» La vessie recouvrait environ un pouce trois quarts de la partie extérieure de la hernie.

» L'orifice du sac était à deux pouces et demi au-dessus du niveau de l'anus.

» Cet examen a été fait sur un sujet qu'on avait apporté pour les dissections.

» L'existence de cette tumeur aurait pu, sans doute, être reconnue pendant la vie par l'introduction du doigt dans le rectum; mais dans l'état de reductibilité, ou d'irréductibilité, tout ce qu'on aurait pu faire, c'eût été d'apporter un soulagement temporaire, en vidant la tumeur quand elle exerçait sur le rectum une pression trop forte. » (A. Cooper, p. 367, *traduct. fran.*)

Scarpa a aussi fait de cette hernie une dissection dont nous allons reproduire les principaux détails.

La hernie était à droite de la marge de l'anus et du sommet du coccix; elle était formée par l'iléon; le rectum et la vessie étaient déjetés à gauche. Le sac, très mince, était recouvert par le releveur de l'anus distendu et très aminci lui-même. Le collet du sac avait trente millimètres de diamètre, et ne se trouvait pas à la hauteur du détroit inférieur, mais dans l'épaisseur du périnée. Chez cet homme, le détroit inférieur du bassin avait à peu près l'étendue qu'il présente ordinairement chez la femme.

Scarpa pense que la situation du collet du sac doit varier aux diverses époques de la maladie.

Il est rare que la hernie périnéale se prononce au dehors par une saillie appréciable, et, à moins d'un volume considérable, on ne pourra la reconnaître que par le toucher rectal ou vaginal. La réductibilité de la tumeur, son gonflement dans les secousses de la toux suffiront, en général, à caractériser la hernie.

La réduction qui paraît ordinairement assez facile, s'obtiendra par une pression directe sur la tumeur périnéale, si la hernie se prononce de côté; ou par une pression dirigée de bas en haut avec un ou deux doigts introduits dans le rectum ou dans le vagin, si la hernie ne fait pas saillie du côté de la peau. Lorsqu'elle est entre le rectum et le vagin, on peut l'explorer et la réduire en introduisant un doigt dans le rectum et un ou deux doigts de l'autre main dans le vagin. Pour exécuter le taxis, on fait coucher le malade sur le dos, le siége élevé par des oreillers, et les membres inférieurs fléchis.

Chez l'homme, si la hernie est descendue assez bas pour être contenue par une pression sur le périnée, l'appareil de Scarpa pourra remplir cette indication. Cet appareil consiste en un ressort élastique formant une ceinture dont les deux bouts sont réunis en avant par une courroie, et de la partie postérieure duquel naît un autre ressort courbe, muni d'une pelote ovale à son extrémité libre qui vient s'appliquer sur la hernie. Un sous-cuisse élastique se rend de la pelote à la partie antérieure de la ceinture.

Chez la femme, une éponge fine et volumineuse remplissant le vagin contiendra mieux la hernie.

Le collet du sac n'étant pas entouré d'un anneau fibreux résistant, l'étranglement paraît peu à craindre; ou du moins il ne devrait pas être porté très loin, et le taxis et le traitement médical devraient en triompher.

Si cependant une opération devenait nécessaire, voici, d'après M. Vidal, de Cassis, comment on y procéderait :

« Le fond du sac serait mis à découvert du côté du périnée, puis largement incisé; l'index gauche serait ensuite porté jusqu'à l'étranglement, qu'on détruirait par un débridement multiple. Les débridements ne seraient ici que de simples mouchetures, encore ne devrait-on pas les diriger du côté des organes dont la lésion est à craindre : ainsi serait-il prudent de débrider sur les côtés, si la hernie était descendue entre le rectum et le vagin. Chez l'homme, les débridements seraient dirigés en arrière et en dehors de chaque côté, parallèlement aux vésicules séminales. Si la hernie était latérale, on débriderait en dehors pour s'éloigner du rectum, de la vessie et de la vésicule séminale correspondante. Au reste, l'anneau constricteur serait si peu résistant, qu'après l'avoir entamé avec le bistouri, on pourrait sans peine l'élargir davantage en le dilatant avec le doigt. » (Vidal, de Cassis, *Path. externe*, t. IV, p. 523, 2e édit.)

ARTICLE XII.

Hernie de la grande lèvre.

Cette hernie est en quelque sorte une variété de celle que nous venons d'étu-

dier ; c'est une hernie périnéale qui vient se prononcer dans la grande lèvre. Du reste, la disposition du sac, fond et collet, est la même. A Cooper, Scarpa et M. Stoltz en ont fait l'objet de leurs recherches.

Voici comment le chirurgien anglais présente les principaux caractères de cette hernie :

« Cette hernie est située dans la partie moyenne de la grande lèvre, un peu au-dessus d'une ligne qui, partant de l'orifice extérieur du vagin, se dirigerait de dedans en dehors.

» Le volume de celles de ces hernies que j'ai vues était égal à celui d'un œuf de pigeon ; elles étaient toutes piriformes.

» Les tumeurs étaient élastiques au toucher, et donnaient la même sensation que si elles n'avaient contenu que l'intestin ; de même que les autres hernies, elles descendaient quand la malade prenait la position horizontale ; elles se gonflaient par la toux, devenaient parfois tendues et douloureuses, et produisaient fréquemment des interruptions dans le cours des matières.

» Mais les malades pouvaient presque toutes réduire facilement leur hernie.

» Cette hernie est très facile à distinguer de la hernie inguinale ordinaire, qui descend aussi dans la grande lèvre.

» En effet, elle n'a pas de communications avec l'anneau inguinal, et ne détermine aucune tuméfaction dans la partie supérieure de la grande lèvre. La tumeur occupe à peu près le centre de la grande lèvre, et s'étend au côté interne de l'ischion, dans la cavité du bassin ; on sent cette tumeur comme une boule dans l'épaisseur de la grande lèvre, et, si l'on introduit le doigt dans le vagin, on reconnaît qu'elle s'étend dans la cavité du bassin entre l'ischion et le vagin, jusqu'à l'orifice de l'utérus, au niveau duquel on cesse de l'apercevoir.

» L'extrémité inférieure de cette tumeur occupe la duplicature de la grande lèvre ; sa partie moyenne est située entre l'ischion et le vagin ; et l'orifice du sac herniaire a son siége dans la cavité du bassin, auprès de l'orifice de l'utérus.

» Cette hernie ne diffère que peu de la hernie vaginale latérale à son début. Mais, au lieu de pousser le vagin en avant en forme de tumeur herniaire, elle passe au delà et vient apparaître dans la grande lèvre.

» Je suis porté à penser que cette maladie a été prise à tort pour une hernie du trou ovale, et qu'elle a été observée par d'autres médecins, qui, examinant sur le sujet vivant cette hernie non étranglée, se sont mépris sur sa véritable nature.

» J'ai demandé une fois au docteur Lowder, professeur d'accouchements, s'il avait observé des cas de hernie du trou ovale ; il me répondit affirmativement, ajoutant que la tumeur s'étendait, en dedans, assez loin du trou ovale pour atteindre le milieu de la grande lèvre, d'où l'on pouvait facilement la repousser dans la cavité du bassin ; par de nouvelles questions j'appris qu'il pensait que la hernie passait à travers le trou ovale, et que, se dirigeant ensuite en dedans, à angle droit avec le collet du sac, elle venait gagner la partie moyenne de la grande lèvre.

» Mais si nous considérons attentivement ce sujet, nous voyons qu'il est presque impossible que la hernie du trou ovale, qui n'a qu'un petit volume, et qui est enveloppée par les adducteurs, puisse passer à travers le muscle droit interne, puis à travers le *fascia lata*, et se prolonger assez pour distendre la grande lèvre, et déterminer une tumeur ayant les caractères de celle que j'ai décrite ; quoi qu'il en soit, il n'en était point ainsi dans les cas que j'ai observés.

» La hernie de la grande lèvre peut être confondue avec une maladie qui survient assez fréquemment à la partie interne de la grande lèvre, et qui se présente sous la forme d'une tumeur par laquelle cette grande lèvre est distendue.

» Cette tumeur est élastique au toucher et acquiert souvent un volume considérable ; elle reconnaît pour cause l'oblitération de l'orifice d'un crypte muqueux situé près de l'orifice du méat urinaire et du vagin, oblitération par suite de laquelle il se fait une accumulation de liquide, qui tantôt donne lieu à la production d'une tumeur volumineuse renfermant un liquide semblable à du blanc d'œuf, tantôt détermine une inflammation qui se termine par un abcès.

» Quoique cette tumeur ressemble un

peu, sous le rapport de la situation, à celle qui renferme une hernie de la grande lèvre, cependant elle en diffère assez sous les autres rapports, pour qu'on puisse l'en distinguer par un examen attentif.

» La tumeur dont je viens de parler ne se déclare point par la toux; elle offre de la fluctuation; elle ne peut être suivie sans interruption jusque dans la cavité du bassin en remontant la paroi latérale du vagin; on peut sentir derrière elle le pubis et l'ischion; elle ne descend point dans l'attitude verticale, et ne disparaît point pendant le décubitus dorsal. » (A. Cooper, p. 360.)

Lorsque cette hernie est réductible, on peut prévenir son développement en faisant usage d'un bandage en T double, composé d'une compresse épaisse qui comprime les parties génitales, et est fixée par ses deux extrémités à une ceinture. On peut encore recourir au pessaire-éponge. Ce dernier moyen est le plus simple et le meilleur; mais pour être efficace, il faut que l'éponge soit très volumineuse. Si la tumeur est irréductible, le bandage en T double est l'appareil le plus convenable pour s'opposer à l'accroissement de la hernie.

En cas d'étranglement, le taxis sera, en général, suffisant: s'il échouait, on devrait recourir à l'opération. Cette opération consiste à faire une incision dans la grande lèvre, afin de mettre à nu la partie inférieure de la tumeur; le sac herniaire étant ouvert avec précaution, et l'intestin mis à nu, un bistouri caché doit être dirigé en haut dans le sac, ayant pour guide le doigt préalablement introduit dans le vagin. Avant l'opération, il faut vider la vessie: c'est même une précaution utile à prendre avant de tenter le taxis. (A. Cooper).

ARTICLE XIII.

Hernie vaginale.

C'est une hernie rare que Garengeot paraît avoir décrite le premier (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. I, p. 707). Le cystocèle et le rectocèle vaginaux ayant été ou devant être traités ailleurs, nous ne nous en occuperons point ici.

La hernie vaginale a lieu principalement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. La paroi vaginale cède sous la pression de l'intestin, qui forme ainsi une tumeur arrondie à large base. Plus tard, la tumeur descend davantage dans le vagin. Celle observée par Garengeot s'était produite à la partie postérieure droite du vagin et faisait saillie hors la vulve.

La hernie vaginale n'a d'enveloppe que le péritoine et la paroi renversée du vagin. Ainsi que les hernies du périnée et de la grande lèvre, elle est presque toujours formée par une anse de l'iléon. Le col du sac est large et souple.

Elle est ordinairement d'une réduction facile, et présente en conséquence, d'une manière très prononcée, les symptômes généraux des hernies volumineuses; elle peut comprimer le rectum et l'urètre au point de gêner l'excrétion fécale et urinaire. La malade de Garengeot ne pouvait uriner que dans le décubitus dorsal.

Pour la réduction, Sanson conseille avec raison de faire mettre la malade sur les genoux, la tête et la poitrine basses, quand la hernie s'est faite par la partie postérieure du vagin; le décubitus dorsal est indiqué pour la réduction d'une hernie qui s'est produite par les parois antérieure ou latérales. Le taxis consiste en une pression dirigée du fond vers le col de la hernie avec deux doigts qu'on porte dans le vagin. Avant de tenter la réduction, il faut vider le rectum et la vessie.

Un pessaire en bondon a réussi à Garengeot, et, avant lui, à Arnaud, pour maintenir cette hernie. Une éponge fine serait préférable.

« L'étranglement est très rare ici; il céderait, je crois, presque toujours au taxis : aussi jamais une hernie de cette espèce n'a-t-elle été débridée S'il fallait opérer, on pourrait se servir avec avantage de mon spéculum à une seule valve qui serait glissée entre la paroi libre du vagin et la hernie pour mettre celle-ci à découvert. On inciserait ensuite les enveloppes, et si l'index ne pouvait pas dilater assez l'orifice du sac, on aurait recours au débridement multiple. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 526, 2e édit.)

ARTICLE XIV.

Hernie diaphragmatique.

La hernie diaphragmatique offre trois variétés relatives aux ouvertures qui lui livrent passage :

1° La hernie peut s'engager par l'une des ouvertures naturelles du muscle diaphragme. Cette variété est extrêmement rare, et A. Cooper avoue qu'il n'en a rencontré aucun exemple.

« Cette rareté tient probablement, dit-il, à ce que l'intestin, pour se déplacer du côté du diaphragme, est obligé de remonter contre son propre poids. Et, en effet, s'il existait à la partie inférieure de l'abdomen une ouverture pareille à celle qui livre passage à l'œsophage, des hernies se produiraient chez presque tous les individus. Ce qui confirme cette idée, c'est que la hernie diaphragmatique est moins fréquente chez l'homme que chez les quadrupèdes, lesquels offrent une disposition du tronc plus favorable à la production de cette hernie. » (A. Cooper, p. 376.)

Cependant Morgagni en a rapporté des exemples. Il décrit un cas dans lequel une partie du côlon et une portion encore plus considérable de l'épiploon et du pancréas avaient pénétré par l'ouverture destinée au grand sympathique.

Dans une autre observation de Morgagni, le malade avait été pris le matin d'une violente cardialgie, accompagnée de vomissements fréquents et d'efforts de vomissements tellement violents, qu'il succomba la nuit suivante. On trouva dans la poitrine une tumeur composée d'une partie de l'épiploon, du duodénum et du jejunum, et d'une partie de l'iléon. Les intestins étaient si distendus par des matières et du gaz, que le cœur et les poumons étaient foulés et relégués dans un petit espace. La hernie avait passé par l'ouverture œsophagienne, qui s'était considérablement dilatée et avait perdu toute espèce de résistance. (Morgagni, *Lettre* 54, art. 13.)

2° L'ouverture herniaire peut résulter d'un vice de conformation, d'une lacune dans la continuité du diaphragme. Cette variété est moins rare que la précédente. J.-L. Petit l'a observée, et A. Cooper en cite plusieurs cas parmi lesquels nous choisissons les suivants :

Obs. 1. « Dans le premier cas, il s'agissait d'un fœtus à terme et d'un embonpoint remarquable. L'enfant, au moment où il vint au monde, eut des tressaillements et des frémissements qu'on regarda comme des convulsions. Sa respiration était très embarrassée ; il resta quelque temps avant de pouvoir crier, et lorsqu'il le fit, ses cris avaient un timbre particulier. Au bout d'environ une demi-heure, il sembla revenir à la vie et respira plus librement, mais il expira une heure et demie après sa naissance.

» *Autopsie.* — L'estomac, la rate, une partie du pancréas et la plus grande partie des intestins se trouvaient dans la cavité gauche du thorax ; leur passage dans cette cavité s'était effectué à travers une ouverture anormale du diaphragme, ouverture placée à environ un pouce de l'ouverture œsophagienne.

» Par suite du volume extraordinaire des parties contenues dans le côté gauche du thorax, le médiastin, le cœur, l'œsophage et l'aorte descendante, étaient considérablement déviés à droite ; le poumon droit, bien que ni l'un ni l'autre ne fussent altérés dans leur tissu. Les viscères abdominaux ayant été ramenés dans leur situation normale, on trouva dans le côté gauche du diaphragme une large ouverture à travers laquelle les parties pouvaient passer librement dans le thorax.

» D'après cette circonstance, aussi bien que d'après l'état des autres parties, il est extrêmement probable que dans ce cas il existait un vice de conformation primitif du diaphragme ; car il n'y avait pas la plus légère trace de rupture ou d'inflammation vers les bords de cette ouverture, et le volume diminué du poumon gauche, du cœur, du médiastin, ainsi que la déviation de ces organes vers le côté droit, paraissait être le résultat de l'accroissement graduel des viscères abdominaux déplacés, lorsqu'ils avaient participé au développement général du fœtus.

» Dans le second cas, l'enfant était du sexe féminin ; il respira d'abord avec de grandes difficultés, poussa un seul cri faible, eut pendant environ trois quarts d'heure une respiration suspirieuse, et mourut.

» Ce cas diffère du premier, en ce que c'était dans le côté droit du thorax que les viscères abdominaux avaient pénétré. » (A. Cooper, p. 379.)

Les hernies diaphragmatiques qui s'engagent progressivement par une ouverture normale du diaphragme ont un sac formé par le péritoine et par la plèvre.

Celles qui ont pour origine un vice de conformation sont pourvues ou dépourvues de sac.

Les viscères qui entrent ordinairement dans la composition de cette hernie sont l'estomac, l'arc du côlon et le grand épiploon.

Un point de l'anatomie de ces hernies que nous ne devons pas omettre, c'est qu'elles ont presque toutes lieu par le côté gauche du diaphragme; sans doute que la présence du foie les rend moins faciles à droite.

Nous avons indiqué les symptômes de la hernie diaphragmatique par une ouverture congénitale, et celles qui ont lieu graduellement par une ouverture normale doivent s'en rapprocher. Quant à la hernie qui se fait par une rupture du muscle, les symptômes en sont très alarmants; car, outre ceux qui lui sont communs avec les autres hernies, c'est-à-dire la suspension des fonctions intestinales, les vomissements, la constipation et une vive douleur dans l'abdomen; outre ces accidents ordinaires d'une hernie brusquement formée, il y a la dyspnée et la toux qui résultent de la compression du poumon.

M. Vidal, de Cassis, envisageant à un point de vue général les symptômes des trois variétés de la hernie diaphragmatique, en trace ainsi le tableau :

« La hernie diaphragmatique donne lieu à des douleurs épigastriques habituelles, à des digestions pénibles, à des coliques fréquentes, à une oppression habituelle qui augmente par le moindre exercice. Dans bien des cas, le cœur bat à droite, la respiration ne s'entend pas dans la partie de la cavité thoracique qui est occupée par la hernie, quoique souvent la percussion y fasse entendre un son très clair. Si la hernie contient une partie de l'estomac, le poids des aliments pourrra opérer la réduction de ce viscère; dans ce cas, le malade se trouvera beaucoup mieux après ses repas. On conçoit qu'il serait difficile d'établir sur ces divers symptômes un diagnostic positif, et ce diagnostic fût-il établi, que pourrait-on pour le malade? On ne pourrait ni réduire ni contenir sa hernie. » (Vidal, de Cassis, *loc. cit.*, p. 527.)

Nous avons dit que la hernie diaphragmatique pouvait s'étrangler; en voici un intéressant exemple :

Obs. 2. « Sarah Homan, âgée de vingt-huit ans, avait été depuis son enfance affectée de dyspnée; à mesure qu'elle avançait en âge, les efforts et la plus légère précipitation dans la marche déterminaient de la douleur dans le côté gauche, une toux fréquente et une respiration extrêmement laborieuse; ces symptômes n'étaient accompagnés d'aucun autre signe de maladie. L'appétit était bon; il se développa même de l'embonpoint, et au premier aspect la santé paraissait florissante.

» Dans sa famille, chez laquelle elle vivait, on la soupçonnait d'indolence, et ses plaintes étant regardées comme de faux prétextes pour éluder ses devoirs, elle fut forcée de se livrer à des travaux du genre le plus fatigant. Elle supporta patiemment ce genre de vie, quoique souvent, par suite de son travail exagéré, elle fût sur le point de tomber en défaillance : souvent, après un grand effort, elle était prise de douleur à la partie supérieure de l'abdomen dans le côté droit, sensation qu'elle rapportait toujours à l'estomac.

» La cessation de ces symptômes était ordinairement subite, ainsi que leur apparition.

» Parfois, après une souffrance très vive, mais qui ne durait que peu de temps, toute douleur et tout malaise cessaient, et cette femme reprenait ses occupations habituelles. A mesure qu'elle avançait en âge, les retours des attaques dont il vient d'être parlé devenaient plus fréquents, et les accidents se prolongeaient plus de temps que dans les premières années de sa vie. Il lui devint enfin absolument impossible de travailler pour subvenir aux besoins de son existence.

» Quelques jours avant sa mort, elle fut prise des symptômes ordinaires d'une hernie étranglée : vomissements fréquents de l'abdomen, qui était tendu. Comme ces symptômes n'étaient accompagnés d'au-

cune tuméfaction locale qui indiquât l'existence d'une hernie, on pensa que ces accidents étaient dus à une péritonite; mais il y avait d'autres symptômes qui jetaient beaucoup d'obscurité sur la véritable nature de la maladie, semblant indiquer l'existence d'une lésion de l'intérieur du thorax.

» La malade ne pouvait se coucher sur le côté droit; elle éprouvait dans le côté gauche une douleur continuellement accompagnée de toux, de dyspnée et de la sensation de tiraillement dont elle s'était plainte précédemment.

» Les signes d'inflammation du ventre ainsi qu'un hoquet pénible continuèrent sans relâche pendant trois jours, au bout desquels ces derniers symptômes s'amendèrent; mais les accidents qui existaient du côté du thorax persistèrent avec autant de violence, et la malade expira.

» C'était le quatrième jour depuis le début des accidents de la poitrine.

» *Autopsie.* — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva l'estomac et le lobe gauche du foie déviés à droite; en suivant la trace des circonvolutions de l'intestin grêle, on les trouva dans leur place accoutumée. Mais des traces d'inflammation s'étendaient sous forme de lignes le long des surfaces par lesquelles les anses intestinales se touchaient. C'est l'aspect que présente à son début l'inflammation adhésive, et il est extrêmement probable que si la mort ne fût pas survenue aussi promptement, les anses intestinales auraient contracté des adhérences les unes avec les autres.

» L'arc du côlon, au lieu d'être dirigé transversalement d'un des reins à celui du côté opposé, avait été repoussé dans la poitrine, à travers une ouverture du diaphragme.

» Le cœcum et le commencement du côlon étaient considérablement distendus par des gaz, mais le côlon descendant offrait des dimensions moindres que celles qu'il présente ordinairement.

» Une petite partie seulement de l'épiploon put être retrouvée dans la cavité abdominale, une portion considérable de ce repli membraneux ayant fait hernie à travers l'ouverture qui avait livré passage à l'arc du côlon.

» Le déplacement de l'estomac et du lobe gauche du foie était la conséquence du changement de position du côlon et de l'épiploon qui, dans leur division vers le diaphragme, occupaient la place de l'estomac et du foie.

» Le poumon gauche n'avait pas plus du tiers de son volume ordinaire: il était refoulé à la partie supérieure de la cavité gauche du thorax, et avait contracté avec la plèvre costale des adhérences récentes; l'épiploon occupait la partie inférieure de la cavité gauche de la poitrine, placé entre le poumon et le diaphragme, et flottant dans de la sérosité sanguinolente en quantité d'une pinte.

» Le côlon avait une couleur plus foncée qu'à l'ordinaire, il était ramolli et distendu par des matières fécales, mêlées avec un mucus brunâtre.

» Le péritoine se terminait brusquement sur le rebord de cette ouverture, de sorte que les parties déplacées n'étaient pas contenues dans un sac, comme cela arrive dans les cas de hernie ordinaire: elles flottaient librement et sans enveloppe dans la cavité thoracique, dans laquelle elles occupaient assez d'espace pour comprimer très fortement le poumon gauche.

» Le côté droit de la poitrine et le poumon de ce côté n'offraient aucune altération.

» Si l'on prend en considération la largeur de l'ouverture et le rôle important que joue le diaphragme dans l'acte de la respiration, il semble extraordinaire que cette maladie n'ait pas amené la mort à un âge moins avancé. Mais il est probable que l'ouverture était petite dans le principe, et qu'elle avait été agrandie par le passage des viscères abdominaux, avant d'être ainsi dilatée; elle était probablement oblitérée pendant l'inspiration ordinaire par la pression de quelqu'un des viscères de l'abdomen, peut-être par l'épiploon; car cette membrane adhérait solidement à son pourtour. Mais dans les respirations plus profondes que provoquaient les efforts extraordinaires, les viscères abdominaux, au lieu de recouvrir simplement l'orifice, étaient forcés de s'y introduire, et se trouvaient ainsi comprimés par son rebord. De là, des symptômes peu graves d'étranglement, tels que les nausées, la douleur et la sensation de tiraillement,

dont la malade s'était plainte si souvent.

» Toutefois, la position de l'ouverture favorisait la descente, et par conséquent la rentrée dans l'abdomen des parties qui faisaient hernie. Aussi les symptômes, bien que fréquemment renouvelés, ne disparaissaient-ils pas subitement.

» Par suite de ces fréquentes protrusions, l'ouverture devint peu à peu plus large, ce qui rendit la malade plus sujette encore au renouvellement de la douleur et des nausées, parce que les viscères pénétraient dans la poitrine avec plus de facilité et en plus grande quantité.

» Enfin, une plus grande quantité d'épiploon et d'intestin franchit l'ouverture. Le volume considérable des parties déplacées s'opposa à leur retour. La pression du rebord de l'ouverture inflamma l'intestin hernié, et fit naître tous les symptômes ordinaires de la hernie étranglée. La pression des organes déplacés sur les poumons produisit la dyspnée, la douleur du côté gauche, et la difficulté du décubitus sur le côté droit. » (A. Cooper, *OEuvres complètes*, p. 379.)

J.-L. Petit a rapporté un fait où une inflammation abdominale s'était propagée à la hernie et y avait déterminé des adhérences générales. (*OEuvres complètes*, édit. compacte, p. 619.)

Il est inutile d'ajouter que cette hernie échappe à la puissance de l'art.

ARTICLE XV.

Hernies intra-abdominales.

Il se forme quelquefois à l'intérieur même de l'abdomen des espèces de hernies par une invagination que subit le péritoine. C'est, en général, entre les feuillets d'un repli péritonéal que s'engage l'intestin; telles sont les hernies mésentérique et mésocolique d'A. Cooper. Sans étranglement, ces hernies restent latentes; avec étranglement, elles sont prises pour un étranglement interne, et comme telles elles sont au-dessus des ressources de l'art : un livre pratique doit se borner à les mentionner.

ARTICLE XVI.

Blessures de l'abdomen.

Nous comprenons sous ce titre les plaies proprement dites de cette cavité, et ses contusions que les auteurs, on ne sait trop pourquoi, relèguent dans un article à part. Ces deux sortes de lésions mécaniques paraissent avoir trop d'affinité pour que l'histoire en soit séparée Y a-t-il deux choses qui se ressemblent mieux qu'une déchirure par contusion de la vésicule biliaire, et sa division par un instrument vulnérant? Nous n'y voyons juste que ce qu'il faut pour qu'il n'y ait pas identité, la perforation de la paroi dans le dernier cas, ce qui est tout à fait secondaire. Il n'est pas besoin maintenant de dire la raison qui nous a fait préférer le mot *blessures* à celui de *plaies*, qui emporte, en général, l'idée de solution de continuité aux téguments.

Les auteurs ont divisé les blessures de l'abdomen en *pénétrantes* et en *non pénétrantes*. Mais ils ne sont pas d'accord sur le caractère de la pénétration.

Les uns, et c'est le plus grand nombre, le voient dans l'ouverture du péritoine; les autres, avec M. Marjolin, le trouvent encore dans la blessure d'un organe abdominal sans que le péritoine soit intéressé. Cette membrane tapisse trop irrégulièrement la surface interne du ventre, en laisse à nu une trop grande étendue pour être regardée comme faisant partie constituante des parois de cette cavité. Ne ferait-elle pas plutôt partie des viscères avec lesquels elle a des connexions si intimes? Ce point une fois décidé, la distinction se fait d'elle-même; et comme le disait Richerand à l'occasion d'une autre maladie, la fracture du col du fémur (*Leçons orales*) : « *Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont les plaies pénétrantes de l'abdomen*, » c'est-à-dire celles qui traversent l'épaisseur des parois. D'ailleurs elles seront simples si elles n'intéressent que la paroi, et compliquées si elles s'étendent à quelques viscères. On pourrait encore désigner les *plaies pénétrantes* sous le nom de *plaies des parois;* les *pénétrantes* seront celles du foie, etc.

1° Blessures non pénétrantes. — A. *Blessures non pénétrantes par instruments contondants.* — Elles portent sur les parois ou sur les viscères : ce sont des *contusions* ou des *plaies contuses*. Examinons d'abord celles qui intéressent uniquement les parois, le péritoine et les viscères étant respectés.

a. Contusions. — Quelle qu'en soit la violence, il est rare que les contusions laissent des traces un peu durables dans l'épaisseur des parois abdominales, excepté toutefois dans la région lombaire où les muscles et le rachis offrent un arrangement presque en tout semblable à celui des membres. Cependant, à la paroi extérieure du ventre, on les a vues devenir la source d'accidents fort graves. On lit dans la *Thèse* de M. Penasse, que les muscles abdominaux étaient infiltrés de sang, quoique la peau fût intacte, chez un jeune homme mort de péritonite à la suite de contusions sur la zone ombilicale. C'est à l'hypogastre, aux flancs et dans la région iliaque, que le plus souvent elles manifestent leur présence par des ecchymoses. On en trouve la raison dans l'abondance et la laxité des lamelles qui séparent la peau des aponévroses sur ces points; dans le nombre plus considérable des vaisseaux, artériels et veineux; dans la résistance des muscles qui, encore très rapprochés de leur insertion aux os du bassin et de la colonne vertébrale, ne se laissent pas déprimer avec la même facilité que dans les autres régions. L'ecchymose, en pareil cas, reste ordinairement circonscrite dans de très étroites limites, si elle occupe la couche adipeuse. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si elle a son point de départ entre les feuillets profonds du *fascia superficialis*, on la voit s'étendre avec une très grande rapidité. Néanmoins, comme la densité des téguments est plus prononcée au pourtour des os coxaux, de l'ombilic, de la ligne blanche et en arrière, que partout ailleurs, c'est dans les autres directions qu'elle s'étale ordinairement. On devrait s'attendre, par la même raison, à la voir se propager dans le sens opposé, si elle avait lieu vers la partie moyenne de la région mésogastrique. Soustraites à la vue, les ecchymoses qui se développent entre le péritoine et les parois qu'il tapisse n'ont point encore été l'objet de recherches suffisantes, quoiqu'elles soient peut-être plus communes que dans tout autre lieu. Sur trois individus morts de violences externes, M. Velpeau a constaté qu'elles deviennent d'autant plus évidentes qu'on s'éloigne davantage de l'ombilic ou de la ligne blanche dans ses deux tiers moyens, et qu'elles ne sont plus arrêtées comme à l'extérieur par le contour du bassin. Pelletan en a vu s'étendre de la région lombaire dans le bassin, et sur toute la racine du membre abdominal gauche. Le traitement de ces contusions n'offre rien de particulier.

b. Plaies contuses des parois. — Les plaies contuses ordinaires et les plaies par déchirure sont, à dimensions égales, plus graves que les plaies par instrument tranchant, quoique moins souvent compliquées d'hémorrhagies primitives, parce qu'elles sont suivies plus souvent d'inflammation phlegmoneuse, de suppuration abondante, de fièvre traumatique intense, de péritonite et de réunion moins immédiate. Absterger la surface, chercher et lier les vaisseaux qui pourraient être cachés par des caillots de sang, réunir promptement par la situation, les agglutinatifs et le bandage unissant, telles sont, avec le repos et les antiphlogistiques, les indications qu'elles présentent. M. Marjolin conseille l'eau froide qu'il met en usage avec succès, et qu'il suspend quand la poitrine s'en trouve mal. On emploie les topiques laudanisés, et si l'érysipèle survient, on enlève ou l'on relâche le bandage.

Les plaies par *armes à feu* peuvent être très larges et très irrégulières, sans lésion grave des viscères abdominaux, ainsi que M. Marjolin en a vu des exemples en 1813, et qu'en rapportent les auteurs. Rarement accompagnées d'hémorrhagie, elles offrent souvent de larges ecchymoses. On doit abandonner à la suppuration les grains de plomb profonds, et, en général, ne débrider que lorsque le projectile a traversé la gaîne des muscles droits; songer attentivement au péritoine dans toutes les manœuvres qui seront nécessaires. « J'ai vu, dit M. Marjolin, plusieurs de ces plaies accompagnées, soit primitivement, soit consécutivement, de la plupart des signes rationnels des plaies pénétrantes, quoique le péritoine n'ait point été perforé; et ces blessures peuvent avoir une extrême gravité, comme le prouve l'observation suivante :

Obs. 1. « Marie-Anne Louvel, peintre, âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution molle, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le

17 juillet 1827. Sa physionomie exprimait la souffrance, sa respiration était haletante, gênée ; le pouls était petit et faible. Il se plaignait de très vives coliques qui l'obligeaient à se tenir courbé ; l'application de la main sur le bas-ventre était très douloureuse ; elle lui arrachait des cris : cette partie était tuméfiée. La bourse droite et le canal inguinal du même côté étaient le siége d'une tumeur oblongue, volumineuse, qui était formée en partie par le testicule qui avait acquis trois ou quatre fois son volume normal, et supérieurement par des parties molles qui n'offraient pas beaucoup de tension, autant qu'on peut en juger par des recherches que les vives douleurs du malade forcèrent à cesser. Ces symptômes simulaient une hernie étranglée ; mais le récit des circonstances de l'accident détrompa bientôt à cet égard. Le malade raconta qu'il avait depuis longtemps un engorgement du testicule, et que la veille de son entrée à l'hôpital, en voulant séparer deux individus qui se battaient, il avait reçu dans le ventre un violent coup de pied, qui avait été suivi d'une vive douleur et de perte de connaissance ; que l'homme de l'art qui lui avait donné les premiers soins avait pu faire rentrer sa hernie ordinairement réductible. Le malade avait vomi peu de temps après ; mais il ne vomissait plus ; la faiblesse de son pouls contre-indiquait la saignée. On se contenta d'appliquer un large cataplasme sur le bas-ventre ; les muscles furent mis dans le relâchement par l'élévation de la poitrine et une légère flexion des membres abdominaux. On prescrivit la diète, la tisane d'orge et une potion calmante.

» Le 18, la nuit, le malade avait été tourmenté par des frissons auxquels succédaient des sueurs, par quelques envies de vomir non suivies d'effet, et de violentes douleurs exaspérées par le moindre mouvement, qu'il comparait à des tiraillements. Le pouls était relevé ; il avait acquis de la force et de la fréquence ; la peau était chaude ; l'excrétion de l'urine ne présentait rien d'anormal. (Petite saignée, application de quarante sangsues sur le bas-ventre, sérum, lavement émollient, bains, diète.)

» Pendant trois jours la péritonite ne diminua pas d'intensité ; le ventre est toujours tendu, ballonné, malgré une seconde application de sangsues.

» Le 22, une constipation opiniâtre est remplacée par une diarrhée copieuse, suivie d'une amélioration momentanée ; les douleurs sont moins vives et moins fréquentes, la face est meilleure, le pouls est relevé. Le lendemain, le malade tousse beaucoup et rend quelques crachats muqueux. La respiration, qui du reste paraît se faire dans toute l'étendue des poumons, est comme plaintive ; chaque effort de toux exaspère les douleurs, qui sont revenues avec leur première violence. La diarrhée continue ; les selles sont très liquides ; il y a quelques envies de vomir ; la langue est un peu rouge, mais humide. (Application de trente sangsues sur le ventre, lavement mucilagineux, eau de riz gommée, bains.)

» Ces moyens procurent du soulagement ; les douleurs sont moins vives et diminuent ainsi que le volume et la tension du ventre ; une légère pression fait affaisser la hernie en faisant refluer dans le ventre les gaz qu'elle contenait ; le pouls n'est plus aussi fréquent.

» Le 26, il survient un nouvel accident : les nombreuses piqûres de sangsues ont donné lieu à un érysipèle qui acquiert bientôt une grande intensité ; toute la peau de la paroi antérieure de l'abdomen et le scrotum sont d'un rouge vif, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, et s'accompagnant d'une légère tuméfaction et de douleurs superficielles. Cette nouvelle maladie est accompagnée de symptômes généraux très graves : décomposition des traits, pâleur de la face, teinte ictérique, prostration des forces, loquacité, délire, insomnie, pouls petit, fréquent, dépressible ; épistaxis, chaleur, sueur, respiration difficile, plaintive ; soif vive, langue chargée d'un enduit jaunâtre, nausées, douleurs à l'épigastre, abondance de selles liquides. Pendant ce temps, le ventre n'est plus tendu ni douloureux à la pression. (Lavement mucilagineux, bain, fomentations, riz gommé coupé avec de l'eau de Seltz, quelques bouillons.)

» Le 28, l'érysipèle a cessé au ventre, mais le délire revient par intervalle ; la diarrhée continue, la prostration est extrême. On sent la nécessité de relever les

forces du malade. (Limonade vineuse, bouillon.) Bientôt le malade, qui pouvait à peine sortir la langue de la bouche, la tire avec facilité; les facultés intellectuelles reprennent leur exercice régulier; la prostration diminue.

» Le 3 août, on remarque que les deux épaules sont le siége d'une rougeur et d'une chaleur peu intense, d'une légère tuméfaction, symptômes prononcés, surtout vers leur partie déclive. Nul doute que l'érysipèle ne se soit propagé à ces parties; ce qui paraît le prouver, c'est qu'il se trouve encore, quoiqu'à un moindre degré, à la partie moyenne des cuisses. L'inflammation descend les jours suivants; les jambes sont infiltrées.

» Le 10, il s'arrête avant de gagner les pieds et les mains; la desquamation commence depuis plusieurs jours, l'amélioration s'est soutenue, la face reprend un aspect meilleur, les forces reviennent; le malade ne se plaint plus des douleurs au ventre, qui est encore un peu volumineux, souple à la pression, qui fait refluer les gaz dans la tumeur herniaire. Il n'a plus que de la diarrhée et une toux fréquente qui donne lieu à une expectoration muqueuse et puriforme. (Looch blanc, tisane pectorale, julep béchique avec addition de dix grains d'extrait de quinquina; on permet quelques aliments de facile digestion et un peu de vin.) On combat ensuite le dévoiement avec la ratanhia et le diascordium; enfin le malade est en pleine convalescence.

» Le 24, on remarque dans les régions parotidiennes une tumeur molle sans changement de couleur à la peau, douloureuse au toucher; elle se dissipe sans traitement deux jours après. Le 11 septembre, Louvel sort de l'hôpital, parfaitement guéri. » (Penasse, *Thèse de Paris*, n° 14, p. 24; 1831.)

B. *Blessures non pénétrantes par instruments piquants.* — Quelquefois légères, ces plaies, dans d'autres cas, soit qu'elles intéressent un sujet irritable, soit qu'elles aient atteint un filet nerveux, déterminent des accidents graves et variés qui pourraient faire croire au premier abord à la pénétration de la blessure. Mais ces symptômes alarmants ont bientôt disparu avec la frayeur, ou cèdent facilement aux antispasmodiques dans le premier cas, et dans le second à l'instillation dans la plaie d'huile de jusquiame ou de solution d'opium, aux sangsues, aux cataplasmes laudanisés et aux bains émollients prolongés, ou au moins au débridement, qui est rarement nécessaire. Si un long trajet a labouré les muscles larges, la gaîne des droits, les côtes, la crête iliaque en lésant le périoste, assez souvent se déclare une inflammation plus ou moins profonde, caractérisée par la douleur vive qui se développe quelques jours après l'accident, par la tension, la chaleur et quelquefois la rougeur des environs de la plaie. A ces symptômes locaux se joint une fièvre traumatique plus ou moins intense. Cette inflammation peut gagner le tissu cellulaire extérieur au péritoine et le péritoine lui-même. Tantôt elle se termine par résolution, tantôt par une suppuration abondante dans le trajet de la plaie. Si le pus ne s'écoule pas assez facilement, on débride. Si un abcès profond se forme dans le voisinage, on l'ouvre dès que la fluctuation est évidente. L'incision doit être autant que possible parallèle aux fibres musculaires et respecter les artères principales, l'épigastrique, la mammaire interne, la circonflexe iliaque, la spermatique. Lorsque ces plaies étroites intéressent les principales branches de ces vaisseaux ou des lombaires, il survient une hémorrhagie extérieure, et plus souvent un épanchement de sang dans le tissu cellulaire, ou une infiltration sanguine que l'on a vue s'étendre jusque dans la région inguinale et dans le scrotum. Alors compresses en pyramide renversée, eau alumineuse, bandage du corps bien serré, saignée. Le sang extravasé se résorbe le plus souvent: s'il en était autrement, il faudrait ouvrir le foyer, mais seulement quand l'hémorrhagie ne devrait plus reparaître. Si les moyens hémostatiques précédents ne suffisaient pas, ce que l'on reconnaîtrait à la prompte formation d'une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, il faudrait agrandir la plaie avec précaution, faire la ligature du vaisseau, ou, si elle était impossible, le comprimer immédiatement.

Les piqûres simples des parois du ventre ne réclament qu'un traitement facile:

topiques émollients, boissons adoucissantes et diète sévère, jusqu'à ce que toute crainte d'accidents ait disparu.

C. *Blessures non pénétrantes par instruments tranchants.* — Variables en profondeur, en longueur et en direction, elles sont simples ou compliquées d'hémorrhagie. Réunir promptement par première intention, après avoir lié les vaisseaux, s'il y en a qui donnent du sang, et absterger la surface avec de l'eau fraîche ou tiède lorsqu'elle a été salie par de la poussière, de la boue ou du sang caillé. Position, agglutinatifs et compresse graduée soutenue d'un bandage de corps. Comme ces plaies exposent aux éventrations, on fait porter au malade guéri une ceinture de précaution.

D. *Blessures des viscères par instruments contondants.*—Ici nous ne traiterons à part que des contusions; les plaies contuses présentant plus d'analogie avec les piqûres et les incisions, sous le rapport du diagnostic, du traitement, etc.

Les contusions des viscères de l'abdomen sont celles qui portent sur les viscères, que les parois participent ou non à la blessure. On en conçoit facilement le mécanisme. La souplesse de ces parois est telle qu'elles cèdent avec la plus grande facilité à la pression, lente ou brusque, et que parfois elles font corps avec l'instrument contondant qui s'y applique, avec lui frappent les viscères et restent intactes. Les viscères peuvent subir ainsi toutes les lésions depuis l'ecchymose jusqu'au broiement complet. Nous avons trouvé des ecchymoses à la surface convexe du foie, de la rate, dans l'estomac, aux tuniques de l'estomac et des intestins. Morgagni en a rassemblé un grand nombre d'exemples. M. Jobert en a vu les intestins tout couverts. Un malade avait eu le milieu de l'intestin si fortement contus, qu'il en était résulté une escarre, dont la séparation causa un épanchement mortel (Blandin). Les douleurs sourdes causées par l'ingestion des boissons et des aliments, par le moindre effort de toux, d'expectoration, de vomissement, de défécation, de locomotion, et la pesanteur que le malade éprouve dans l'abdomen dès qu'il veut se lever ou se tourner dans son lit, en sont les symptômes ordinaires. Ventouses, émollients, résolutifs.

On observe la rupture des muscles, la peau et les viscères étant intacts. — Il s'en faut que la lésion se borne toujours à ces simples ecchymoses. Desault cite un coup de pied de cheval qui rompit les muscles et produisit une hernie qui s'enveloppa de la peau respectée comme d'un sac. Mais le plus souvent dans ces cas les téguments ou quelque viscère sont aussi déchirés. L'existence isolée de la déchirure des muscles est due sans doute à ce qu'au moment de l'accident aucun organe ne s'est trouvé entre le rachis et le choc, ou que les muscles énergiquement contractés ont absorbé toute la quantité de mouvement. La hernie qui en résulte ne s'étrangle presque jamais et peut quelquefois se prévenir par une ceinture.

Mais ce sont les viscères eux-mêmes qui sont particulièrement atteints; de là même le caractère essentiel et distinctif des contusions de cette cavité. C'est ainsi que tuent, sans laisser de traces au dehors, les projectiles lancés par la poudre à canon.

La partie abdominale du tube digestif, malgré sa flaccidité et sa structure en quelque sorte malléable et ductile qui lui permettent de se dérober ou de céder si admirablement aux violences extérieures, s'est plusieurs fois rompue sous l'action d'un agent contondant. Portal et Rocques rapportent deux cas remarquables de cette lésion siégeant à l'*estomac*. Et bien que présentant au plus haut degré les caractères que nous venons de signaler, l'*intestin grêle*, au moins d'après les observations, s'est plus souvent déchiré que l'estomac. Haller en cite plusieurs cas; Fabrice de Hilden nous a laissé celui d'un jeune homme qui était tombé sur le ventre. M. Jobert a vu le jejunum rompu par une roue de voiture, fermé par l'épiploon; et, chez un autre jeune homme mort le lendemain de coups reçus sur le ventre, le même auteur a constaté la déchirure des fibres longitudinales d'une portion du *gros intestin*, du côlon. Chez un homme de soixante ans, il a vu l'intestin coupé net dans une hernie par un coup de pied de cheval. Le cœcum non plus n'en est pas exempt; il n'y a que le rectum qui doit à la solidité de l'enceinte osseuse où il se cache le privilége d'en être exempt. Les auteurs n'en rapportent aucun cas. Les si-

gnes de ces blessures sont ceux de l'épanchement de matières alimentaires.

E. *Blessures des annexes du tube digestif.* — En général, des organes abdominaux, le *foie* est peut-être le plus exposé aux contusions. On n'en sera pas surpris en se rappelant le volume de cette glande, la fragilité de son tissu et sa fixité entre les côtes et le rachis, sous la voûte thoraco-abdominale. Enchaîné là par des liens puissants, il ne peut fuir l'action d'une roue de voiture, d'un coup de pied ou de bâton vivement appliqué. La réplétion du ventre par la grossesse ou par les aliments favoriserait encore sa blessure. Il semble bien, dit M. Velpeau, que ces ruptures aient quelquefois lieu par contre-coup : c'est ce qui ressort d'une observation de M. Penasse, où la solution de continuité se trouvait à la face concave. Inutile de dire que toute affection de l'organe qui en diminue la cohésion le prédispose aux ruptures. Un jeune marin, convalescent d'une fièvre d'accès, s'y fit plusieurs déchirures à la face convexe en se frappant violemment l'abdomen contre un banc. Il mourut quelques heures après (Forget). Un garde-chiourme tua un forçat d'un coup de poing sur le ventre : triple déchirure du foie, avec épanchement considérable (Forget). Dans les deux cas, engorgement chronique de la glande.

Au lieu du foie, c'est souvent la vésicule du fiel qui se déchire. Un maréchal ferrant tua sa femme d'un coup de poing sur l'hypochondre gauche. La vésicule, remplie de calcul, était largement déchirée. Une autre femme périt de la même manière, mais d'un coup de bâton (Hoffmann). On en possède encore plusieurs autres exemples.

La *rate* en offre aussi une foule; et la grande vascularité de l'organe a rendu la blessure promptement mortelle, comme celle du foie.

Voici un exemple de plaie de la rate avec fracture multiple des côtes correspondantes :

Obs. 2. « Nicolas Marive, cordonnier, âgé de soixante ans, fut couché au n° 69 de la salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu. Peu d'instants avant son entrée à l'hôpital, il s'était trouvé entre deux voitures qui allaient en sens contraire. Il avait été renversé par l'une d'elles (une berline), foulé aux pieds des chevaux et meurtri par le passage des roues sur son corps. Quand on l'examine, on trouve : 1° à la partie supérieure et postérieure de la tête, vers la suture lambdoïde, une plaie contuse irrégulière, assez étroite, longue d'un pouce et un quart à peu près, qui pénètre jusqu'à l'os, dont on sent facilement la dénudation, et qui fournit un écoulement de sang peu considérable; 2° à la joue une autre plaie également contuse, profonde de plus d'un demi-pouce, communiquant dans ce point avec la bouche, et s'étendant dans une direction à peu près verticale, depuis l'os de la pommette jusqu'au corps de l'os maxillaire inférieur. Le blessé se plaignit de souffrir beaucoup à la poitrine et au ventre; on y trouva des traces de fortes contusions, et l'on reconnut la fracture de la clavicule gauche et celle des côtes dont on ne put fixer le nombre à cause de la douleur qu'occasionnaient les recherches.

» Le blessé, qui avait perdu une quantité considérable de sang, ne fut pas saigné. On entoura sa poitrine d'un bandage de corps large et serré; le bras fut tenu un peu écarté du tronc au moyen d'un coussin. La plaie de tête, ainsi que celle de la joue, furent réunies au moyen de bandelettes agglutinatives et arrosées d'eau froide. On administra une potion calmante.

» Le 4, la nuit fut pénible; il survint une fièvre très forte (saignée du bras). Le soir, la douleur prédominait au bas-ventre, qui était tendu, légèrement douloureux au toucher. (20 sangsues.)

» Le 5, pas de sommeil, grande agitation, loquacité, langue sèche, brunâtre, ventre tendu, douloureux, surtout à l'hypochondre gauche; le poids du cataplasme est insupportable; chaleur de la peau; pouls très fréquent et petit; inspiration fréquente, gênée, parole courte. (Tisane pectorale, potion calmante, diète, fomentations chaudes sur le ventre, vingt sangsues sur le point le plus douloureux.)

» Le 6, à la visite, les traits sont décomposés, le pouls petit, le ventre d'une sensibilité extrême; respiration très fréquente. Le blessé expire au moment où l'on allait lui faire une nouvelle application

de sangsues, le quatrième jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu.

» *Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.*

» 1° *Habitude extérieure du corps.* — Homme d'une forte constitution, roideur cadavérique très prononcée, vaste ecchymose à la partie antérieure et gauche du tronc; le côté gauche de la poitrine se déprime très facilement; au sommet de la tête et à la joue, on trouve les parties dans la situation précise indiquée plus haut; la forme, la longueur en ont été données.

» 2° *Crâne.* — On n'y trouve pas de fractures. Les sinus sont gorgés d'un sang noir; les membranes du cerveau, même la dure-mère, paraissent injectées au point correspondant à la plaie du cuir chevelu; la pie-mère ne se sépare pas facilement de la substance cérébrale, qui présente une injection remarquable et presque uniformément répandue dans tout l'organe encéphalique; sa consistance est assez grande; les ventricules contiennent un peu de sérosité.

» 3° *Cavité thoracique.* — Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sang depuis les cartilages costaux du côté droit jusque derrière l'aisselle du côté gauche, et depuis le sommet de la poitrine jusqu'à la partie moyenne de l'abdomen. La clavicule gauche est fracturée presque transversalement à son tiers interne; les fragments ont conservé leurs rapports. La première côte est fracturée en deux endroits; les deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième, le sont plus ou moins près de leur extrémité cartilagineuse; la cinquième est brisée en trois endroits très rapprochés; les fragments internes sont déprimés, les externes font une saillie considérable. On trouve de l'ecchymose sous le sternum. La plèvre costale est déchirée dans les endroits correspondants aux fractures des côtes; elle présente une couleur rouge brunâtre, qui ne paraît pas tout à fait dépendre du travail inflammatoire, car on trouve dans la poitrine un sang noir épanché en grande quantité. Le poumon est hépatisé à sa partie moyenne; son sommet et sa base présentent de l'engorgement. Du côté opposé, on ne trouve rien d'anormal. Le cœur est un peu plus volumineux que le poing du sujet.

» 4° *Cavité abdominale.* — L'intérieur du péritoine est rempli par un épanchement de sang noir, épais, qui colore la membrane séreuse, comme on en acquiert la preuve en ouvrant l'intestin, qu'on trouve à l'intérieur d'une teinte blanchâtre. Le foie a un volume considérable; la vésicule est distendue par un liquide bilieux, épais, d'un jaune foncé. La rate paraît diminuée de volume; elle offre à sa partie supérieure et externe une ouverture déchirée de trois quarts de ligne de diamètre. Les organes génito-urinaires paraissent dans l'état normal. » (Penasse, *Thèse de Paris*, n° 14, p. 19; 1831.)

On voit que cette observation ne dément en rien l'influence de la protection que la rate reçoit des dernières côtes, puisque la plaie contuse n'a eu lieu ici qu'avec les fractures des côtes inférieures.

La situation et la texture du *pancréas* expliquent le silence des auteurs à l'égard de ses contusions, et sans doute leur presque impossibilité.

Appareil urinaire. — Le *rein* lui-même, l'organe le plus profondément situé, et l'un des plus cohérents de l'abdomen, n'est pas à l'abri de ces déchirures. Morgagni, P. Rayer (*Traité des malad. des reins*, t. I, p. 269) et autres en citent une foule de cas. Sa position en dehors du péritoine les rend moins graves que celles de la rate et du foie. (Voir les *Maladies des reins.*)

« Quant aux *uretères*, je ne sache pas, dit M. Velpeau, qu'on en ait observé la rupture dans les contusions de l'abdomen.

» Mais la *vessie* en a été souvent le siége. Sans parler des exemples qu'on trouve dans les anciens, j'en connais douze cas récents, dont trois de M. Michon et un de M. J. Cloquet. Une remarque importante à faire, c'est que toujours au moment de la blessure ce réservoir était plein. Vide, il se cache et s'abrite derrière la symphyse. » (*Loc. cit.*)

Appareil générateur. — Chez l'homme, rien. On connaît bon nombre de cas de rupture de l'*utérus* pendant la grossesse, toujours par contusion. Il n'est pas ici question de ses autres ruptures.

Vaisseaux. — La souplesse des parois abdominales est si grande chez certains sujets, que les corps contondants s'en coiffent, et arrivent par leur intermédiaire

jusqu'à la veine cave qui se rompt. On en cite trois cas, deux de Breschet et Richerand; l'autre se trouve dans les *Mélanges des curieux de la nature.* Toutefois ces déchirures, non plus que celles de l'aorte, du tronc cœliaque, de la mésentérique ou de tout autre branche, ne se rencontrent guère qu'à la suite d'écrasements considérables, par le passage d'une roue de voiture, par exemple, et ne semblent pas pouvoir être le résultat d'un simple coup, comme on le remarque pour les autres viscères (Velpeau).

Dans ces contusions, qu'à un certain point de vue on pourrait appeler pénétrantes, les symptômes varient nécessairement comme le viscère blessé, et se rapportent presque tous à l'inflammation, à l'épanchement, à la péritonite, etc. Du reste, il en sera reparlé au moins implicitement dans ce qui va suivre.

2° Blessures pénétrantes. — *Par instruments tranchants, piquants et contondants.* — Quant à leurs causes, il n'y a rien à en dire.

Les caractères anatomiques varient suivant l'instrument, la direction de la plaie, sa dimension, son trajet plus ou moins direct, etc., et suivant le viscère atteint. Mais une chose plus importante ici, et qui comporte mieux les généralités, c'est le diagnostic de la pénétration et de l'organe blessé.

Diagnostic. — Il est facile, sous le rapport de la pénétration, lorsque la plaie est large, que l'on peut en voir le fond, qu'il y a issue d'une portion de l'estomac, de l'intestin ou de l'épiploon. Dans ce dernier cas cependant la saillie par la plaie d'un peloton graisseux sous-cutané pourrait en imposer, au premier abord. Sur un sujet obèse, le doigt introduit dans la plaie, glissant sur une aponévrose, pourrait sembler arrivé sur la surface du viscère. Si la plaie est étroite, à quel signe reconnaît-on qu'elle est pénétrante? Dans les cas où le péritoine est seul intéressé, et quelquefois aussi lorsque la lésion du viscère est légère, les phénomènes locaux et généraux sont les mêmes que pour les plaies non pénétrantes simples, et à plus forte raison quand les parois seules sont transpercées et seules blessées.

Mais souvent aussi ces phénomènes sont bien différents. Ils sont rationnels ou sensibles. Parmi les premiers, on a signalé la douleur profonde ressentie au moment de l'accident, et après, la pâleur du visage, sa teinte ictérique, la soif vive, des nausées, le vomissement des matières ingérées dans l'estomac; la tension spasmodique des muscles du ventre, le ballonnement de cette cavité, la petitesse, la fréquence et la concentration du pouls, le froid des extrémités, la disposition à la syncope, l'état spasmodique de tout le système musculaire, etc. Tous ces phénomènes ont été observés isolément et même réunis dans des cas de plaies abdominales non pénétrantes; et on les a vus, au contraire, manquer lorsque ces blessures pénétraient. Ils ne peuvent donc qu'établir une présomption d'autant plus fondée, qu'ils seront plus nombreux. La largeur de la plaie externe, comparée à celle de l'instrument, ne dit rien, parce qu'elle a pu être agrandie en retirant l'instrument, etc. Il ne faut pas sonder ces plaies, parce que le défaut de parallélisme des plans de la paroi pourrait induire en erreur, et qu'en détachant un caillot, on pourrait occasionner une hémorrhagie, Nous avons dit les signes certains de la pénétration d'une plaie large. Quand elle est étroite, la sortie des gaz intestinaux, du sang noir abdominal, etc. Dans beaucoup de cas, on a les vomissements teints de sang, ainsi que les matières fécales, la sortie du sang par l'urètre. Enfin, on a encore les signes d'une plaie pénétrante lorsqu'on voit survenir ceux d'un épanchement de sang, de bile, d'urine, de matières alimentaires.

Pronostic. — Toute plaie pénétrante simple, et celle qui n'intéresse que le péritoine, lors même qu'elle n'est accompagnée ni de l'issue ni de la sortie d'un viscère, ni de l'ouverture d'un vaisseau sanguin d'un certain volume, doit être cependant considérée comme assez grave par elle-même, puisqu'elle peut occasionner une péritonite. Mais ce n'est que l'exception, et il ne faut pas croire, avec John Bell, que les blessures du péritoine, petites ou grandes, soient toutes graves, ni qu'elles ne soient d'aucune importance, comme l'avancent ceux qui ont expérimenté sur cette membrane chez les animaux.

Sans doute la paracentèse prouve qu'on s'est exagéré la gravité de ces blessures chez l'homme ; mais Fabrice de Hilden a vu périr un jeune homme qui n'avait eu que le mésentère percé, et J.-L. Petit en a vu succomber un autre qu'il avait opéré pour obtenir la cure radicale d'une hernie simple. Les plaies pénétrantes qui n'intéressent pas les viscères sont comme si elles n'étaient pas pénétrantes, mais on doit par précaution employer les antiphlogistiques.

Complications. — La plus fréquente et la plus redoutable est la péritonite, sur le développement de laquelle la présence de l'air a moins d'influence que ne le pensait Monro. La cause la plus ordinaire, ce sont les épanchements irritants : générale, elle est presque constamment mortelle ; locale, elle dépend ordinairement de causes moins irritantes, d'un épanchement de sang, de la blessure de la membrane. Elle survient plus tardivement et peut guérir.

Notons que la plaie peut en même temps intéresser la poitrine, et alors d'autres symptômes viennent compliquer les précédents. Nous dirons, à l'occasion des blessures de chaque organe, ce qui est relatif à leur diagnostic particulier.

Passons en revue les blessures des organes abdominaux, en suivant la marche qui paraît la plus naturelle. On fait la suture enchevillée si la plaie est large, si aucun viscère n'est blessé. Il vaut beaucoup mieux traiter sans désemparer, à l'occasion de chaque organe, de toutes les plaies dont il est susceptible, que de parler d'abord des piqûres de tous les organes, pour décrire les incisions dans un autre paragraphe. N'est-il pas plus pratique de présenter un petit tableau complet des blessures de chaque viscère, que d'en disséminer les traits çà et là ? Il n'en est plus ici comme des parois abdominales, où la distinction des plaies en larges et en étroites était essentielle.

A. *Tube digestif.* — *a. Estomac.* — M. Bérard rapporte à quatre chefs les plaies de cet organe :

1° Il y a plaie pénétrante de l'abdomen, une piqûre qui n'a pas plus d'un pouce de largeur. A quel signe, dans ce cas, reconnaître la blessure gastrique ? La situation de celle des parois ne donnera que des probabilités. Car un instrument qui pénètre à l'épigastre ou à l'hypochondre gauche peut avoir glissé sur le viscère. D'un autre côté, il peut être intéressé quand la plaie extérieure est éloignée de la région qu'il occupe, par la direction oblique du corps vulnérant. Ainsi M. Morel Lavallée a vu dans un duel un coup de sabre recourbé trouer la concavité en haut, prendre au-dessous de l'ombilic, et aller frapper le foie à sa place ordinaire. La plaie extérieure se trouvait sur la ligne médiane ; il y avait conséquemment une double obliquité. Une autre circonstance encore qui pourrait mettre en défaut si l'on calculait d'après la situation de la plaie pariétale, ce sont les variétés individuelles de la situation du viscère lui-même, et surtout la manière dont il déborde dans l'état de réplétion, chez certains sujets, le rebord costo-phrénique ; et les rixes ne sont pas rares après les excès de table. Mais si les données positives manquent ici, on en trouve d'excellentes dans les matières vomies ou qui sortent par la plaie. Le vomissement est déjà une présomption que l'estomac est blessé. Nous savons que ce phénomène survient aussi dans les plaies intestinales, et notamment quand un épanchement a occasionné déjà l'irritation du péritoine ; mais on voit le vomissement se montrer presque constamment et très promptement dans les plaies de l'estomac. Les matières vomies sont celles que l'estomac renfermait avant l'accident, et elles sont *teintes de sang*. Ce caractère est d'une grande valeur. Supposerait-on que dans une plaie intestinale le mouvement antipéristaltique remontât le sang dans l'estomac? mais alors il serait mêlé à d'autres matières. Quand l'organe s'est évacué ou était vide au moment de la blessure, le malade vomit du sang pur si l'hémorrhagie continue. Dans le cas où les boissons ou la bouillie grisâtre et acide du chyme s'écoulent par la plaie, il n'y a plus de doute. L'aliment peu altéré peut sortir reconnaissable, ce qui est évidemment pathognomonique. On a vu le blessé, dévoré de soif, avaler du liquide qui, presque à l'instant, était rendu par la plaie. Les blessures de l'estomac, plus que celles des autres parties du tube digestif, sont accompagnées d'anxiété, de refroidissement à la peau, d'horripilation, de faiblesses, de syncopes. Pour les plaies de l'estomac comme pour

celles de l'intestin, le danger provient principalement de la chance de l'épanchement et du développement d'une péritonite. Sur vingt coups d'épée, de baïonnette ou de couteau avec lésion de l'estomac, Percy croit que cinq blessés à peine ont été exempts d'épanchement Il paraît plus facile pour ce viscère que pour le reste du tube alimentaire. Peut-être les connexions sympathiques de l'estomac et la lésion concomitante des nerfs nombreux qui l'avoisinent ajoutent-elles au danger provenant de la possibilité d'un épanchement. Nous voyons, en effet, des observations où la blessure a été mortelle sans épanchement, sans péritonite et sans hémorrhagie. L'épanchement, au reste, est quelquefois prévenu par le défaut de parallélisme de l'ouverture de chacune des tuniques du viscère; on l'a du moins constaté plus d'une fois sur l'intestin de l'homme. S'il a lieu, on le reconnaît à la décomposition subite des traits, à la douleur abdominale vive, à tous les signes d'une péritonite aiguë, violente en raison de la quantité de l'épanchement. Si aux signes de la péritonite traumatique se joint la présence du sang dans les selles ou dans les vomissements, le diagnostic est évident. Si l'épanchement est léger, il peut se circonscrire en foyer, qu'il faut ouvrir dès qu'il manifeste de la tendance à se porter à l'extérieur. Sauf ce cas de circonscription, l'épanchement est presque constamment mortel. Le traitement consiste à prévenir les épanchements et l'inflammation, et à arrêter l'hémorrhagie, si elle existe. Il serait irrationnel d'agrandir la plaie extérieure pour attirer l'estomac au dehors et en faire la suture, comme d'exciter les vomissements quand l'estomac était plein au moment de l'accident. M. Marjolin dit que les premiers (s'ils survenaient spontanément sans doute) pourraient être utiles. Saignées, bains tièdes, glace et narcotiques sur le ventre.

Les artères, assez considérables, qui enveloppent l'estomac, anastomosées sur ses faces et ses courbures, peuvent être ouvertes dans les plaies et donner une hémorrhagie grave. Quelquefois le sang s'épanche dans l'abdomen, et le malade meurt avec les symptômes d'une hémorrhagie interne. Quand elle se fait par l'estomac, et que le sang est rendu par les vomissements, on les arrête en faisant prendre de l'eau alumineuse (Hévin et Boyer), 2 gros à chaque vomissement (1).

2° La plaie des parois du ventre et celle de l'estomac ont plus d'étendue : le viscère ne se présente pas au dehors; mais la facilité qu'ont les matières à s'échapper par la plaie fait présumer que la blessure gastrique est rapprochée de la blessure pariétale; ou bien encore le viscère se présente au moment du vomissement. On pense que dans ce cas, dont il existe plusieurs observations, il convient d'attirer au dehors la partie de l'estomac, qui est divisée, afin d'y faire quelques points de suture. M. Ruhstrat, dans ce cas, fit cinq points pour une plaie de deux pouces de large. Percy, sur un soldat, attira l'estomac au dehors avec les doigts et des pinces, fit la suture, et retira le fil le vingt-huitième jour. Les deux blessés guérirent, etc.

3° Les dimensions de la plaie pariétale sont les mêmes, et l'estomac fait saillie au dehors. Dans ce cas, qui n'est pas très rare, l'épanchement n'est guère à craindre. Les matières s'écoulent au dehors avec facilité, et l'on a remarqué que les efforts des vomissements les expulsent en même temps par l'œsophage et par la plaie extérieure (donc, dans les plaies gastriques il faut plutôt combattre que provoquer le vomissement). Dans quelques observations où l'on a eu soin de noter l'aspect de la plaie de l'estomac, on a constaté que les bords étaient renversés en dehors. Un jeune laboureur tomba d'un arbre sur une branche d'aubépine taillée en biseau. Elle pénétra dans l'estomac près l'hypochondre gauche. L'estomac sortait à travers la plaie, se repliait en dehors, et s'opposait à sa réduction spontanée. Il n'y avait pas d'étranglement. Il est clair que, dans ce cas, avant de réduire le viscère, il faut faire la suture de la plaie, à l'exemple de M. Laroche (d'Angers), qui guérit le malade dont il vient d'être question : c'était la suture à anse; dans un cas cité par Hévin, celle du pelletier réussit; Boyer préfère celle à points passés. Je préférerais la suture à anse (Bérard).

(1) Alun, 30 gram.; eau, 258 gram. (Boyer.)

4° Les plaies d'armes à feu offrent deux variétés importantes, suivant que l'estomac blessé est resté caché dans le ventre, ou s'est échappé à travers les lèvres de la division des parois abdominales. Le premier cas, qui est le plus fréquent et le plus grave, n'offre aucune indication qui n'ait été exposée précédemment. S'il est apparent au dehors, il faut bien se garder de réduire la portion que le projectile a perforée. Il semble que, dans ce cas, la suture offrirait peu de chances; du reste, ici les faits manquent. Il vaut mieux s'exposer à une fistule stomacale, comme le fit M. de Beaumont sur son Canadien. Le blessé avait reçu à courte portée un coup de mousquet qui lui avait enlevé littéralement une portion de l'hypochondre gauche. Une portion, large comme la main, de la paroi abdominale fut enlevée, ainsi que la moitié antérieure de la sixième côte: le poumon gauche fut lacéré, et fit à l'instant hernie, retenu au dehors par la pointe d'un fragment costal auquel il était attaché; le diaphragme et l'estomac furent perforés. Ce dernier organe passait en travers de la déchirure du diaphragme et de la plaie des téguments, et faisait à l'extérieur une saillie égalant le volume d'un œuf de poule d'Inde, et versait au dehors, par un orifice qui recevait l'indicateur, les aliments que le blessé avait pris à son déjeuner. Le chirurgien réduisit en partie l'estomac et le poumon herniés, fit appliquer sur la plaie un cataplasme *fermentescible*, etc., donna à l'intérieur une solution d'acétate d'ammoniaque camphrée. Au cinquième jour, la plaie agrandie par la chute des escarres laissait plonger l'œil dans la poitrine et dans l'estomac. Auparavant il y avait eu irritation de la séreuse. Guérison avec fistule. Ce malade a servi utilement à l'étude de la digestion stomacale. D'après M. Marjolin, les plaies de l'estomac seraient le plus souvent mortelles et par épanchement.

b. Intestin. — Une distinction importante est celle-ci : 1° l'intestin blessé reste caché dans le ventre; 2° il fait hernie par la plaie pariétale.

Dans l'observation suivante, Morgagni rapporte avec soin les détails cadavériques d'une plaie intestinale.

Obs. 3. « Il arriva à un garçon meunier, âgé de plus de vingt ans, sain, robuste et d'une habitude de corps excellente, ce qui arrive fort souvent aux jeunes gens audacieux et menaçants comme lui, de recevoir une blessure mortelle. Celle-ci avait été faite avec un couteau de boucher à la région épicolique gauche. Comme c'était au commencement de la nuit, il revint de lui-même chez lui. Transporté le matin à l'hôpital, son traitement fut entrepris par un médecin et par un chirurgien. Ce jour-là, la fièvre fut légère. Mais la nuit suivante il vomit, et il trembla constamment en éprouvant des soubresauts convulsifs. Il mourut dans ce tremblement, le lendemain matin, quarante heures environ après avoir reçu la blessure.

» *Examen du cadavre.* — Je dus conserver le cadavre, d'après l'usage, pour le jour suivant, qui était le 22 janvier de l'an 1738, et pour plusieurs autres jours, à cause du cours d'anatomie que j'avais commencé au Gymnase. Les muscles obliques et le muscle transverse de l'abdomen avaient été percés à la région que j'ai indiquée, par une blessure qui recevait près de deux doigts; et l'air avait pénétré entre eux, en sorte qu'il s'était déjà formé un commencement d'une sorte d'emphysème. Cet air, sorti de l'intestin côlon qui avait été blessé, comme il sera dit bientôt, était entré dans la cavité du ventre et avait distendu celui-ci. Et non seulement il était sorti de l'air de cet intestin, mais aussi des excréments; en sorte que comme il y avait environ deux livres d'humeur épanchée dans le ventre, la plus grande partie était formée par des excréments et la plus petite par du sang; car aucun vaisseau remarquable n'avait été blessé. C'est que le couteau, après avoir traversé l'abdomen, comme je le disais, avait continué à se porter obliquement en haut et en dedans, et avait coupé avant tout la partie correspondante de cet intestin que j'ai nommée; de sorte que ses faces antérieure et postérieure, et sa face latérale, qui regarde les vertèbres, furent divisées et laissèrent pénétrer l'air et les excréments dans le ventre. Mais ensuite, sans blesser le rein et l'appendice du diaphragme, il avait percé le muscle carré des lombes, et avait pénétré au delà

de celui-ci, dans l'origine commune du sacro-lombaire et du très long du dos, de telle sorte que l'un des tendons qui montent obliquement de cette origine aux apophyses transverses des vertèbres lombaires avait été incisé, non pas en totalité, mais seulement en partie, ce qui, comme vous voyez, est beaucoup plus dangereux. Aussi la plupart des médecins auraient peut-être rapporté à cela la cause principale pour laquelle le sujet avait succombé à des soubresauts convulsifs, attendu surtout que l'intestin blessé n'était pas même rouge, ni livide dans la partie où se trouvait la blessure. Le fond de l'estomac, examiné par la face interne, présentait çà et là, dans quelque étendue, de petits vaisseaux déliés qui étaient distendus par du sang. Du reste, le foie était gros et très long transversalement, de manière qu'il s'étendait dans tout l'hypochondre gauche. La rate était aussi plus longue et plus grosse que dans l'état naturel; et cependant, non seulement son artère était trop petite, surtout pour la grosseur du viscère, mais encore elle n'était tortueuse en aucune manière. Car je fus moins étonné de sa petitesse, en remarquant que le tronc de l'aorte était trop petit dans cette cavité, ainsi que dans la poitrine, proportionnellement non seulement au corps, mais encore à la veine cave elle-même, dont le tronc à travers le diaphragme était plus grand que tous ceux que je me rappelai avoir vus. A l'ouverture de la poitrine, je remarquai que les poumons étaient libres de toutes parts, ce qui, comme vous savez, n'est pas fréquent sur les adultes; mais leurs glandes bronchiales étaient plus grosses que dans l'état naturel, de sorte qu'une d'entre elles égalait presque une noix médiocre. Il y avait de l'eau jaunâtre dans le péricarde, et elle n'était pas en très grande quantité. Le cœur était plus gros que petit, et il contenait du sang qui était noir, comme ailleurs, mais il y était granuleux en quelque partie. L'aorte présenta au delà de sa courbure des espèces de sillons dirigés en long dans sa face interne. Les autres objets que je remarquai sur le cadavre n'appartiennent pas à ce sujet. » (Morgagni, *Lettre* 54, traduct. franç., t. VIII, p. 542.)

Cette observation, empruntée au plus illustre des anatomo-pathologistes, remplacera avantageusement ce que nous aurions pu ajouter d'une manière générale sur les résultats physiques de ces sortes de lésions.

De même pour les symptômes, les lacunes qui pourraient exister dans leur exposition seront utilement comblées par un exemple clinique.

M. Gély a publié, à l'appui de son ingénieux procédé que nous donnerons plus bas, l'observation suivante que nous allons rapporter en entier, en raison de l'intérêt pratique de la question relative à la supériorité du moyen curatif.

Obs. 4. « Mathurin Magré, âgé de seize ans, marin, fut frappé, le 4 décembre 1841, à huit heures du soir, et au sortir d'un repas, de plusieurs coups de couteau, dont un au bras gauche, un autre à l'épaule, un troisième à la région fessière, du même côté. Ces blessures, qui n'intéressaient que la peau et les muscles sous-jacents, fournirent peu de sang; une quatrième blessure, beaucoup plus grave, siégeait au flanc gauche : elle avait été produite comme les précédentes par un coup de couteau porté pendant que Magré était renversé sous son adversaire. La plaie était située un peu en arrière, vers le bord interne du muscle carré des lombes, et au milieu de l'espace compris entre la dernière côte et la crête de l'os des iles. Après la réduction de l'intestin, il fut facile de constater que l'instrument avait cheminé un peu obliquement et d'arrière en avant, dans l'épaisseur des parois abdominales, ce qui donnait à la plaie une assez grande étendue. Lorsque Magré fut visité, peu de temps après l'accident, par plusieurs médecins à la fois, une anse considérable d'intestin s'était engagée dans cette plaie, et y était déjà étranglée, ce qui empêcha de procéder immédiatement à la réduction. Le blessé fut placé sur un brancard et transporté à l'hôpital, où MM. Poulet-Duparc, Charruau et Gélusseau l'accompagnèrent. Il s'était écoulé près de deux heures entre le moment où Magré avait été blessé et celui de son installation à l'Hôtel-Dieu, où nous étions arrivé en même temps que lui. Pendant tout ce temps il n'avait jeté aucun cri, manifesté

aucune douleur, et il était si complétement calme, que plusieurs fois on le crut mort. Il avait au contraire conservé d'autant mieux sa présence d'esprit et sa force morale, qu'il ne se doutait pas le moins du monde de la gravité de sa blessure ; ajoutons que Magré, qui avait été blessé à l'issue d'un repas copieux, n'était nullement ivre, et qu'il avait vomi immédiatement une partie des aliments ingérés.

» L'anse intestinale, étalée sur le flanc, avait été pendant deux heures exposée à l'air, dont la température était fort basse et au froissement des vêtements; elle était en outre étranglée par la plaie; sa longueur était au moins de 70 centimètres, plusieurs personnes présentes l'estimèrent à un mètre.

» L'intestin était volumineux, comme distendu, épais, très injecté, un peu violacé par suite de la stase du sang veineux. Une assez grande portion de mésentère était sortie avec lui. Le débridement de la plaie, qui était devenu nécessaire, fut opéré avec les précautions d'usage. Ce débridement, qui ne fut porté qu'au point bien strictement indispensable, fut étendu à toute la longueur de la plaie et à son orifice abdominal, placé à plus de 3 centimètres de profondeur. Je procédai alors à la réduction de l'intestin, examinant successivement, et avec le plus grand soin, la portion qui allait être repoussée, afin de bien m'assurer de son intégrité. Arrivé à la partie moyenne de l'anse herniée, je remarquai deux plaies que leur position dans les plis de l'intestin avait jusque-là cachées à mon examen. Ces plaies peu étendues offraient une direction parallèle à la circonférence intestinale et aux vaisseaux qui la parcourent, et se trouvaient placées directement l'une devant l'autre. On se fera une idée exacte de leur étendue et de leur position, en admettant (ce qui est d'ailleurs à peu près vrai) que la circonférence du tube fut de 8 centimètres, dont 4 centimètres pour la demi-circonférence, donnant attache au mésentère, laquelle était parfaitement saine ; puis, à chaque extrémité de ce premier arc, un centimètre pour chacune des plaies produites par le coup perforant; enfin, 2 centimètres de tissu sain représentant le bord libre de l'intestin. Les lèvres de ces plaies étaient écartées par un bourrelet membraneux qui fermait l'ouverture. La membrane muqueuse, ainsi poussée au dehors par la contraction de la tunique moyenne, était d'un rouge brun très intense. Il ne sortait point de matières alimentaires par ces plaies; seulement, de temps à autre, on voyait quelques bulles gazeuses écarter les lèvres du bourrelet muqueux qui les oblitérait.

» Les conditions de cette blessure donnent lieu de faire une remarque qui tombe également sur tous les procédés anciens ou modernes, dans lesquels on maintient les fils dans la plaie, pour les retirer plus tard. Ils deviennent en effet d'une application plus difficile et plus dangereuse, lorsqu'il existe deux plaies opposées, et tous les inconvénients attachés à leur emploi seraient encore plus manifestes s'il existait plusieurs blessures sur la longueur du canal intestinal. Ceci s'applique aussi bien à la suture spiroïde, à la suture à points passés, et au procédé de M. Reybard qu'à celui de M. Jobert.

» *Description du procédé employé.* — Une aiguille ordinaire, armée d'un fil simple ciré, fut enfoncée d'arrière en avant au niveau d'un des angles de la plaie et à 4 millimètres en dehors, pour ressortir, après avoir traversé la cavité intestinale, au point correspondant de la même lèvre, vers l'angle opposé ; l'aiguille fut ensuite portée d'avant en arrière sur l'autre lèvre, de manière à parcourir le même trajet, mais en sens inverse. Les quatre piqûres faites par l'aiguille formaient ainsi les angles d'un rectangle dont la plaie occupait la partie moyenne dans le sens du plus grand diamètre. La portion du fil représentant les côtés du rectangle parallèle à la plaie était située dans la cavité intestinale. Les petits côtés du rectangle, répondant aux angles de la plaie, étaient au contraire formés par des fils situés extérieurement sur le péritoine et représentant, pour l'un des angles, par la partie moyenne du fil, et, pour l'autre, par les deux chefs croisés par un nœud simple. Il est facile de comprendre ce qui devait se passer lorsqu'on serra les fils ainsi croisés, en déprimant les lèvres de la plaie vers la cavité intestinale. Dans cette manœuvre, chacune des lèvres de la plaie exécuta

un mouvement de rotation d'un quart de cercle du côté du canal, et le rapprochement exact, produit dans ce premier temps, fut maintenu par un nœud double. Alors les fils ne représentaient plus un rectangle, mais bien une simple boutonnière, dont les côtés étaient situés dans l'intestin, à la base de la saillie valvulaire formée par le renversement des membranes, et dont les angles, traversant les extrémités du repli intérieur, étaient cachés au fond du sillon formé à la surface extérieure de l'intestin. On se ferait difficilement une idée de la parfaite coaptation qui résultait de l'emploi de ce procédé; tous les assistants en furent aussi agréablement surpris que nous. Les fils ayant été coupés au ras de l'intestin, le nœud disparut dans le sillon dont nous avons parlé, et aucune portion du fil ne demeura visible à l'extérieur. Ce procédé, répété sur l'autre plaie, donna exactement le même résultat.

» L'intestin fut ensuite complétement réduit dans la cavité abdominale, et je m'assurai, en y portant le doigt, qu'il avait bien réellement franchi l'orifice intérieur de la plaie.

» Cela fait, un morceau de sparadrap servit à recouvrir et à rapprocher les lèvres de la division cutanée. Des compresses graduées, placées sur le côté, devaient servir à comprimer son trajet pour empêcher les intestins de s'y engager de nouveau. Le tout fut maintenu par un bandage de corps.

» Toutes les personnes présentes à cette opération regardaient le malade comme voué à une mort prochaine, par la gravité de la blessure, et notre opinion sur ce point était, à fort peu de chose près, la même; cependant, en vue de combattre et de prévenir les redoutables accidents qu'il y avait à craindre, nous recommandâmes une forte saignée pour le moment où le pouls, qui avait beaucoup faibli pendant l'opération, viendrait à se relever. Elle fut exécutée deux heures après par l'élève interne. Des vomissements abondants de matières alimentaires eurent lieu toute la nuit.

» Le lendemain matin, le malade était assez calme: il y avait un peu de sensibilité du ventre bornée à la région sous-ombilicale; fièvre modérée.

» La journée fut bonne, sans douleurs, sans agitation fébrile; pendant la nuit, le sommeil continua assez tranquille.

» Le 6 au matin, pouls modéré, accéléré, sans dureté; facies calme et bon, langue humide, abdomen sans douleur ni tension. Dans la journée, ni fièvre ni douleur; même état pendant la nuit, sommeil paisible.

» Le 7 au matin, légère douleur abdominale qui n'a pas duré; pouls calme, à peine accéléré; peau naturelle, visage très bon. Le besoin d'aller à la selle s'étant fait sentir au soir, on a donné un lavement huileux. L'exonération a été très facile et n'a eu aucune suite fâcheuse; sommeil bon.

» Le 8 décembre, point de douleurs ni de tension au ventre ou à la plaie du flanc. Celle-ci s'est réunie par première intention. Les autres plaies sont dans le même état, pouls à 70, état parfaitement satisfaisant. Le malade demande à manger. (Gruau.)

» Le 9, on peut considérer le malade comme guéri. L'état physique et moral n'a certainement jamais été meilleur. C'est avec peine qu'il se résigne à ne pas manger et à rester au lit. (Riz, bouillie.)

» Le 12, s'étant procuré un morceau de pain et l'ayant mis dans sa soupe, il éprouva au soir des coliques et le besoin d'aller à la selle; un lavement le soulagea un peu pendant la nuit.

» Le 13, pouls calme, un peu roide; légère sensibilité du ventre; quelques coliques. (Diète.)

» Le 14, mieux; plus de coliques.

» Le 15, état parfaitement satisfaisant. Le malade a repris tous les attributs de la santé la plus parfaite. Cependant les aliments ne lui furent rendus que graduellement et avec une extrême circonspection.

» Le vingtième jour après l'accident il mangeait la demi-ration de pain sans en être le moins du monde incommodé. Depuis cette époque, jusqu'au 10 mars, il n'a pas présenté le plus léger accident pouvant se rattacher à la grave blessure qu'il avait reçue.

» Ce résultat inespéré dut fixer mon attention sur le procédé auquel il était permis d'en rapporter l'honneur, au moins en partie. Pour mieux apprécier sa valeur, il fallait le répéter sur le cadavre, dans les

diverses conditions où peuvent se trouver les intestins divisés. Il fallait enfin le tenter sur des animaux dans les mêmes conditions. C'est ce que nous avons fait, et les résultats sont encore venus témoigner en faveur des premières présomptions. » (Gély, *Ann. de chirurgie*, t. XIII, p. 119.)

Dans les deux cas, d'ailleurs, l'intestin peut être divisé en long ou en travers et dans une étendue variable.

Premier cas. — Quand l'intestin blessé reste caché dans le ventre, les signes de la plaie, quelles qu'en soient les dimensions, sont à peu près les mêmes que pour l'estomac, sauf que les matières vomies sont différentes, et que le sang doit être rejeté moins souvent par la bouche, plus souvent par l'anus. Une fausse envie d'aller à la garde-robe peut être un excellent signe. « Après le dernier duel d'Armand Carrel, le besoin pressant de selles, qui le portait à demander des lavements, me fit diagnostiquer, comme malgré moi, une plaie au gros intestin. Je fis part de mes craintes à M. J. Cloquet. L'arc du côlon avait été échancré par en bas, quoique la balle eût frappé à la hauteur de l'épine antérieure et postérieure, du côté droit, à mi-chemin du pubis. A l'autopsie, la balle fut trouvée libre dans le péritoine. » (Morel-Lavallée). Le traitement est absolument le même que pour l'estomac. Si des gaz intestinaux ou quelques fèces s'échappent par la plaie, ils rendent le diagnostic évident : débrider et hernier hardiment la partie blessée, et traiter comme si la hernie eût été spontanée. C'est ainsi qu'il faut agir si l'on est appelé deux ou trois heures après l'accident ; mais il ne serait plus temps un ou deux jours après (Richerand).

Deuxième cas. — Sortie de l'intestin. — Le gros intestin ne sort ordinairement que par les plaies d'une certaine étendue. Il n'en est pas ainsi de l'intestin grêle. Il jaillirait, selon l'expression de Richerand, par une piqûre faite avec une lame de canif. Ordinairement alors il y a étranglement, et il faut se hâter de débrider pour réduire, si l'intestin est sain ; il serait noir de l'injection qu'il faudrait encore réduire s'il conservait de la rénitence, s'il n'était pas gangrené. Quand des gaz, en le distendant, s'opposent à la réduction, on pourrait, si quelque circonstance particulière rendait le débridement impossible, ponctionner l'intestin avec un trois-quarts très fin (Boyer, Richerand, Marjolin), quoique Sabatier, Callisen et Travers rejettent ces piqûres, comme inutiles ou comme nuisibles.

L'intestin hernié n'a-t-il reçu qu'une piqûre étroite ou une plaie qui n'a pas plus de 4 ou 5 lignes de longueur, on réduit après avoir passé un fil dans le mésentère derrière la plaie : on tient celle-ci dans l'ouverture des parois abdominales, en y arrêtant les deux extrémités de l'anse, avec des agglutinatifs. Les premiers jours, les gaz et quelques matières fécales liquides passent par la plaie qu'une douce compression ferme bientôt. L'intestin, contractant des adhérences autour de la plaie, prévient ainsi l'épanchement (Richerand et Boyer). A. Cooper saisit avec une pince la plaie intestinale, comme l'extrémité béante d'un vaisseau, et y porte une ligature circulaire comme sur une artère : c'est ainsi que fut traitée, par Guthrie, une petite plaie de l'une des jugulaires intéressée dans une opération ; la carotide primitive était aussi lésée jusqu'à sa tunique interne.

Soit maintenant à l'intestin une division longitudinale dont la longueur est plus considérable : pour tout le monde la suture est indiquée. Mais laquelle? On ne trouve plus ici le même accord parmi les chirurgiens. Personne n'emploie plus guère la suture du pelletier par le *procédé ordinaire*, qui n'est que la suture à surjet, dans laquelle on a ménagé à chaque extrémité du fil une longueur suffisante pour qu'on puisse, à l'aide des deux bouts réunis, attirer et coller contre la plaie des téguments celle de l'intestin réduit. On retirait le fil cinq ou six jours après, on coupait à ras le bout sur lequel ne s'exerçait point la traction. Outre que, comme ailleurs, dit Richerand, elle serre, fronce et irrite les bords de la division, elle a de plus ici l'inconvénient capital de ne pas mettre la séreuse en contact avec elle-même.

La même suture par le *procédé de M. Reybard* est loin de mériter la même réprobation. Il se sert d'un fil double dont la queue porte un petit rouleau d'arrêt long d'environ 3 lignes : il commence à percer par la face interne de l'intestin, de de-

dans en dehors, par conséquent de manière à laisser le rouleau dans le canal : il réunit les deux lèvres, fait la suture à surjet ordinaire, mais dont les points sont plus rapprochés; et avant d'exécuter le dernier, il dédouble son fil, et des deux qui le composaient, un seul est entraîné par l'aiguille, pour ensuite les nouer ensemble et les couper à ras de la plaie. On réduit l'anse, qui, au lieu d'être retenue contre la plaie des parois, va flotter libre dans la cavité du ventre. Bientôt le courant fécal entraîne le rouleau et le fil auquel il tient. On réunit immédiatement la plaie pariétale.

La *suture à anse*, repoussée aussi par M. Richerand, compte plusieurs procédés qui n'ont pas la même valeur. Le *procédé de Palfyn* consiste à passer une anse de fil dans les lèvres de la plaie de l'intestin, à réduire et à maintenir rapprochée de la plaie extérieure celle du tube digestif, avec les deux extrémités de l'anse de fil retenues avec des agglutinatifs. L'auteur partait de cette idée, qu'il faut moins chercher à réunir les bords de la plaie qu'à les mettre en contact sur un point avec lequel ils contractent des adhérences. *Ledran* passait autant de fils qu'il faisait de points en réunissant les extrémités en deux faisceaux qu'il roulait en un seul cordon qui retenait contre la plaie extérieure la plaie froncée de l'intestin. M. *Reybard* fixe à une anse de fil une plaque polie de sapin longue de seize lignes, large de neuf, ovale et à bords mousses. Il l'introduit dans la cavité de l'intestin, perce les lèvres de la plaie de dedans en dehors avec une petite aiguille enfilée à chaque extrémité de l'anse, ôte les aiguilles, les remplace par une grosse, dans le chas de laquelle il passe les deux bouts réunis en un seul. Cette aiguille introduite par la plaie pariétale se ramène à travers une de ses lèvres de dedans en dehors; on la confie à un aide, puis on réduit, et, en tirant sur les deux bouts réunis de l'anse de fil, on applique les plaques contre la face externe des lèvres de la plaie, et la plaque elle-même applique l'intestin blessé contre la paroi du ventre. L'auteur de ce procédé, qui l'a employé, coupa le nœud fait sur un petit cylindre avec les deux bouts séparés de l'anse pour le maintenir; il coupa, disons-nous, le nœud deux jours après l'opération, et le lendemain la plaque fut rendue par les selles.

Le *procédé de M. Jobert* est celui de Ledran modifié en ce sens, que la séreuse est mise en contact avec elle-même par le renversement en dedans des bords de la plaie.

La suture à points passés, avec la mise en contact de la séreuse avec elle-même, est celle que Richerand adoptait. On peut employer deux fils de différente couleur, afin qu'en les retirant en sens contraire on ne détruise pas les adhérences.

M. Malgaigne préfère, pour les très petites plaies, la suture à anse de Palfyn, pour les autres la suture à anse de M. Reybard; et pour les grandes divisions, peut-être le procédé de M. Jobert, parce que la meilleure méthode est celle qui multiplie le moins les points de suture, qui serre le moins, et dont les fils peuvent être retirés avec le plus de facilité.

Les divisions transversales incomplètes rentrent dans les cas précédents. Avant le temps de saint Louis, les sections complètes ou presque complètes étaient réputées incurables; aujourd'hui leur réunion se pratique par trois méthodes, dont chacune compte plusieurs procédés.

Méthode de Rhamdor. — Déjà proposée par les quatre maîtres, l'invagination fut faite par ce chirurgien et maintenue par un point de suture modérément serré; plus tard, on mit un cylindre dans le bout inférieur, et on le traversa par un fil. Desault, craignant que les fèces à cheval sur ce fil ne déterminassent un épanchement, faisait filer l'intestin sur la circonférence du cylindre.

Méthode de Duveryer. — C'est la réunion directe sur le cylindre. M. Jobert conseille d'interposer l'épiploon aux bords de la plaie, si l'épiploon est en même temps hernié, et la suture de Ledran.

Méthode de M. Jobert. — Mise en contact des séreuses.

Voici comment M. Jobert, de Lamballe, décrit lui-même son procédé, basé, comme on sait, sur cette idée, que la condition essentielle pour la réunion de ces plaies est le contact réciproque des tissus homologues ou de même nature; ici séreuse contre séreuse.

« L'appareil doit se composer des pièces suivantes : 1° de ciseaux mousses; 2° d'une pince à disséquer; 3° de deux fils cirés

doubles, arrondis, de même longueur ; 4° d'aiguilles ordinaires ; 5° d'aiguilles courbes, si l'on fait la suture du ventre ; 6° d'éponges, d'eau tiède, de plumasseaux, de diachylon gommé, de compresses carrées et d'un bandage de corps.

» Tout étant ainsi préparé, les bouts, une fois distingués, on procède à l'opération, que, pour plus de clarté, je diviserai en trois temps.

» *Premier temps : dissection du mésentère.* — Le malade couché sur un lit, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin et la poitrine sur l'abdomen, de manière que les muscles soient dans un relâchement tel que l'on puisse agir facilement sur les organes lésés, on lave l'intestin avec de l'eau tiède ; et, s'il est contus et déchiré dans une certaine étendue et dans les conditions peu favorables à la réunion, il faut trancher cette partie avec les ciseaux.

» On dissèque le mésentère par l'un et l'autre bout dans l'étendue de plusieurs lignes ; il s'écoule toujours une plus ou moins grande quantité de sang qu'il ne faut point arrêter, car c'est un obstacle aux accidents inflammatoires. Cependant si l'on craignait les suites de l'hémorrhagie, on ferait des ligatures avec des fils de soie, que l'on pourrait délier avant de réduire les viscères dans le ventre, puisque quelques instants de ligature avec destruction de la membrane interne et moyenne suffisent pour la formation du caillot et la cessation de l'hémorrhagie : c'est ce qui a fait réduire en précepte à John, qu'il suffit de comprimer instantanément les artères avec une pince à disséquer pour arrêter l'hémorrhagie sans retour.

» *Deuxième temps : introduction des aiguilles.* — Le chirurgien saisit le bout supérieur de la main gauche, et de la droite, armée d'un fil de 6 à 8 pouces, muni à ses deux extrémités d'une aiguille droite, moyenne en hauteur et en épaisseur, il traverse avec une des aiguilles la paroi antérieure de dedans en dehors, à trois lignes de la division, de manière à former une anse dont la convexité est dirigée en haut et la concavité en bas : cette anse est abandonnée à un aide.

» Alors le chirurgien passe de la même manière dans le point correspondant de la paroi postérieure un même fil dont un aide est encore chargé ; puis il procède avec ses doigts, ou mieux avec une pince à disséquer, au renversement du bout inférieur dans lui-même, de manière que la séreuse se trouve à la face interne. Pour ce moment de l'opération, on choisit un instant de calme de l'intestin ; on pourrait aider à ce renversement en promenant sur les bords de la division un pinceau trempé dans une dissolution très légère d'extrait aqueux d'opium.

» Les fils dont on se sert dans ce second temps de l'opération doivent être, comme je l'ai dit, passés à trois lignes de la division, sans quoi les bords pourraient se déchirer, ce qui d'ailleurs est difficile, surtout si les fils sont bien cirés. Cette dernière précaution est bien importante, car les fils cirés sont ceux qui coupent le moins promptement.

» *Troisième temps : invagination.* — Le renversement du bout inférieur achevé, le chirurgien y introduit le doigt indicateur de la main gauche pour empêcher le dédoublement et servir en même temps de conducteur aux aiguilles ; du pouce et de l'index de la main droite il saisit les deux aiguilles du fil antérieur qu'il a mises de niveau, les fait glisser sur le bord radial du doigt introduit dans le bout inférieur dont il traverse de dedans en dehors la paroi antérieure doublée, en faisant ressortir les aiguilles à la distance d'une ligne l'une de l'autre. Elles sont de nouveau confiées à un aide ; puis, saisissant de même le second fil, le chirurgien fait glisser ces aiguilles sur le bord cubital du doigt introduit, et traversant la paroi postérieure, il se comporte comme avec les autres.

» Alors, retirant le doigt au moment où les deux bouts sont presque abouchés, il saisit les extrémités de chaque fil, et par de légères tractions il introduit peu à peu le bout supérieur dans l'inférieur, en s'aidant pour le pousser d'un corps rond et poli.

» Après avoir réduit l'intestin dans la cavité abdominale, on place au bord inférieur de la plaie les fils préalablement réunis, maintenus à l'extérieur avec un morceau de diachylon gommé, et recourbés pour venir s'attacher à la pièce superficielle de l'appareil qui se compose d'un plumasseau enduit de cérat, de quelques

compresses et d'un bandage de corps.

» Le quatrième ou le cinquième jour la cicatrice est faite; on peut retirer les fils et panser à plat.

» Le malade est maintenu à une diète rigoureuse, les boissons même ne sont administrées que de manière à tromper la soif; enfin, il est soumis au traitement antiphlogistique, et le repos le plus absolu est d'une nécessité indispensable.

» Je vais rapporter ici le résultat des recherches que j'ai faites sur des chiens ouverts à différentes époques de la cicatrisation; car c'est dans l'étude approfondie des fausses membranes que l'on trouve l'explication satisfaisante des autres méthodes.

» Dans les premières quinze heures, j'ai trouvé une fausse membrane; couche de lymphe plastique molle, gluante, facile à déchirer : c'était le premier degré de cicatrisation.

» Plus tard, cette membrane était plus solide, plus résistante, et présentait une organisation réelle.

» Sur une femme qui s'est ouvert le ventre et la trachée, j'ai pratiqué l'invagination, qui a été, il faut le faire observer, beaucoup plus facile que chez les chiens, où les fibres musculaires ont une force considérable : elle est morte, quinze heures après, d'un épanchement dans le canal aérien. J'ai trouvé des filaments mous, faciles à déchirer, passant d'un bout de l'intestin à l'autre. » (Jobert, *Maladies du canal intestinal*, t. I, p. 88.)

Procédé de M. Lembert. — Autant de fils et d'aiguilles qu'on veut faire de points de suture. On enfonce l'aiguille à 4 ou 5 lignes de la plaie intestinale, en pénétrant jusqu'à la muqueuse, puis on la fait repercer l'intestin de dedans en dehors, pour sortir à une ligne de la section. On la dirige sur l'autre bout de l'intestin, en pénétrant à une ligne de la plaie pour ressortir 3 ou 4 lignes plus loin. Tous les fils placés de même, on n'a qu'à tirer sur les extrémités pour rapprocher les bouts de l'intestin et mettre les séreuses en contact, en forçant les lèvres de la plaie à se renverser en dedans. On maintient chaque point de suture par un double nœud : on coupe les fils au ras de la plaie et l'on réduit. Ce procédé, employé sur l'homme par M. J. Cloquet, lui a parfaitement réussi; il ne fit que deux points de suture.

Reste encore le procédé de Denans, avec ses trois viroles; sur les deux premières l'intestin se recourbe en dedans, et la troisième introduite serre l'extrémité repliée contre la face interne des deux autres. Des points de suture les fixent. Le procédé de M. Lembert est préférable aux autres (Malgaigne). M. Jobert, dans sa méthode, retient les fils dans la plaie du tégument. Mais le procédé qui paraît maintenant devoir se substituer aux autres est le suivant :

Procédé de M. Gély. — Ce procédé se recommandant par l'assentiment à peu près unanime des chirurgiens, et déjà par de remarquables succès, nous en emprunterons la description à son auteur; il l'a fait précéder de quelques considérations importantes que nous devons également reproduire.

Conditions à réaliser pour un nouveau procédé. — « Il nous paraît résulter de l'examen des divers procédés d'entéroraphie, qu'aucun ne remplit d'une manière satisfaisante les principales indications du traitement des lésions intestinales.

» Pour approcher davantage de la perfection désirable, la suture des intestins divisés devrait remplir les conditions suivantes :

» Adossement des surfaces séreuses, première de toutes les conditions d'une prompte réunion, ainsi que l'a démontré M. Jobert.

» Adossement de la séreuse par un demi-renversement des lèvres de la plaie, tant pour les divisions partielles que pour les plaies complètes; ce qui constitue pour celles-ci la méthode de M. Lembert, cela surtout dans le but d'éviter les difficultés de l'invagination, la nécessité de distinguer les deux bouts l'un de l'autre et l'incision du mésentère. Occlusion exacte, l'ouverture accidentelle ne laissant aucune chance à l'épanchement primitif ou consécutif.

» Disposition telle des fils qu'aucun point, aucun nœud ne soit visible du côté du péritoine : section des fils au ras du nœud, de manière à ne jamais laisser leurs chefs dans la plaie; chute assurée du fil dans la cavité intestinale.

» Suture d'une exécution facile, pouvan

s'appliquer à tous les cas, ou au moins à la généralité des cas.

» Possibilité de fermer immédiatement la plaie de l'abdomen après avoir réduit l'intestin, afin d'obtenir la réunion par première intention, et de prévenir les dangers attachés à la pénétration de l'air.

» *Indication du manuel opératoire et des précautions nécessaires pour pratiquer la suture en piqué.* — La suture que nous employons a sa souche primitive dans la suture à points passés, dont elle constitue une variété complexe. Elle a le plus grand rapport avec la couture que l'on appelle *piqué double* ou des deux côtés, surtout quand elle est exécutée comme la font, par exemple, les cordonniers, avec deux fils à la fois.

» Pour bien comprendre la manière de la pratiquer et le mécanisme auquel sont dus ses effets, il faut se représenter d'abord la suture à points passés faite à la manière ordinaire, mais que l'on aura, pour ainsi dire, doublée en portant l'aiguille de manière à remplir en redescendant, et à l'aide du procédé primitif, tous les vides laissés entre les anses latérales. De cette manière, on obtient de chaque côté une série d'anses contiguës parallèles à la plaie. De plus, les portions de fils placées transversalement sont toujours doubles pour chaque échelon. Une pareille suture ayant été exécutée pour rapprocher un tissu membraneux décollé d'avec les parties sous-jacentes, comme l'est la peau dans certains cas, il peut arriver deux effets très différents, suivant que le degré de constriction donné au fil sera plus ou moins énergique. Dans le dernier cas, les bords de la plaie sont simplement rapprochés; dans le premier, ils sont relevés et adossés par leur face profonde. Dans cette dernière circonstance, la suture a complétement changé d'aspect. Elle constitue un piqué double : les anses latérales se sont rapprochées au point de n'être plus séparées que par l'épaisseur des tissus. Les portions de fil placées transversalement sur la peau sont raccourcies, effacées, cachées désormais au fond du pli formé par les parties adossées.

» Il résulte de ces premières données, que le renversement des lèvres de la plaie s'effectue du côté où se trouvent les anses latérales du côté opposé aux échelons transverses. Si donc on veut appliquer cette suture aux divisions intestinales, de manière à renverser en dedans les lèvres de la plaie pour adosser les séreuses, il suffira, pour atteindre le but, d'une très légère modification. Les anses latérales devront être situées dans la cavité de l'intestin, et les échelons transverses du côté du péritoine. Il faut remarquer, d'un autre côté, que cette double suture peut être pratiquée d'un seul jet avec un fil armé de deux aiguilles. Cette méthode, qui doit être exclusivement employée, parce qu'elle expose beaucoup moins que celle qui consiste à revenir sur ses pas, a un grave inconvénient que nous signalerons bientôt, celui de piquer dans le fil déjà placé.

» Voici, du reste, la manière de procéder :

» *Manuel opératoire.* — Un fil ciré est armé à chaque extrémité d'une aiguille ordinaire. L'une d'elles est enfoncée parallèlement à la plaie, en dehors et en arrière de l'un de ses angles, à une distance de 4 ou 5 millimètres; elle ressort après un trajet de 4 ou 5 millimètres dans l'intestin. L'autre aiguille est ensuite employée à exécuter la même manœuvre sur la lèvre opposée. Les fils sont alors croisés, l'aiguille de gauche passe à droite, et réciproquement. Chacune d'elles sert alors à faire un nouveau point entièrement semblable au premier, avec la précaution de piquer tout d'abord dans le trou de sortie du fil qui vient d'être porté au côté opposé. Cette manœuvre est ensuite répétée autant de fois que cela est nécessaire *pour garnir* toute l'étendue de la plaie. Cela fait, il reste, avant de nouer les fils, à serrer convenablement chaque point. Cette partie de l'opération se fait en prenant successivement chaque échelon transversal, et même chacun des deux fils qui le composent, avec une pince à disséquer, et en exerçant dessus une traction convenable, tout en déprimant les lèvres de la plaie. Elles ne tardent pas à s'adosser avec une telle exactitude, que l'on n'aperçoit plus au dehors aucune trace des fils qui ont produit ce résultat. Lorsque cette opération est terminée, il ne reste plus qu'à nouer ensemble les deux fils opposés et à

couper les chefs au ras de ce nœud. Nous avons déjà dit que, dans ce cas, il est aussi bien caché que le reste du fil. Quand on examine par l'intérieur de l'intestin cette espèce de suture, on observe un repli valvulaire formé par les tuniques intestinales adossées ; puis, à la base et de chaque côté, la ligne continue représentée par les anses du fil qui ferment si complétement la plaie.

» *Précautions spéciales.* — On doit employer des aiguilles déliées, mais un peu plus grosses que le fil, pour que celui-ci passe très facilement après elles. L'intestin doit être perforé au moins à 4 millimètres en dehors de la plaie, de chaque côté; c'est à cette distance que doivent se trouver les deux lignes formées par les anses latérales, qui sont ainsi écartées l'une de l'autre de 8 millimètres; le renversement ne peut être effectué qu'à cette condition; toutes les tuniques doivent être percées du même coup, de dehors en dedans, puis de dedans en dehors. Pour éviter de cheminer obliquement dans leur épaisseur, et pour ne pas faire le point trop long, il faut aplatir l'intestin dans cet endroit, en pressant entre deux doigts les surfaces opposées. La distance entre l'ouverture d'entrée et celle de sortie doit être au plus de 6 millimètres, ce qui fait dix anses pour chaque bout, pour un intestin dont la circonférence serait après la réduction, et dans le cas de section complète, de 6 centimètres. Après avoir croisé les fils, il ne faut pas tenir à faire pénétrer l'aiguille exactement par le trou de sortie du fil opposé, ce qui rendrait plus que difficile la partie de l'opération qui consiste à adosser les surfaces. Du reste, on rend infailliblement l'opération plus facile et plus prompte en serrant de suite par un petit nœud. En continuant ainsi sur toute la longueur de la plaie, on éprouve moins de difficulté à mettre les parties en contact. Cette méthode est surtout indispensable dans les plaies complètes. Une précaution fort importante consiste à bien maintenir le parallélisme entre la longueur des points faits de chaque côté, pour que les parties rapprochées se correspondent bien. Dans les plaies complètes, la suture sera commencée au bord libre de l'intestin, pour venir se terminer au même point. Pour exécuter cette suture, il faut employer un fil délié; la soie à coudre de moyenne grosseur est, à notre avis, la meilleure que l'on puisse choisir. Il importe qu'elle soit toujours fortement cirée et qu'elle ne cordonne pas.

» *Applications.* — Le procédé est le même, quelles que soient la direction et la situation de la blessure. Nous l'avons appliqué sur le cadavre et sur les animaux, avec la même facilité, aux plaies complètes et incomplètes.

» Dans toutes, l'adossement s'effectue par une inflexion égale de chacune des lèvres de la plaie, inflexion qui ne dépasse pas l'angle droit, peut être appelée un demi-renversement, par rapport à la duplication de l'intestin proposée par M. Jobert pour les plaies complètes. Quand au lieu d'une plaie simple il existe une perte de substance un peu étendue, les bords peuvent encore être mis en contact par le même procédé; seulement alors l'intestin doit être coudé ou infléchi plus ou moins sur lui-même. Quand le coude de l'intestin se rapproche de l'angle droit, l'inflexion des lèvres de la plaie est moindre que dans les plaies simples, et quand il dépasse l'angle droit, le renversement est à peu près nul; mais il y a alors adossement de l'intestin avec lui-même. Ainsi, dans le cas de perte de substance, plus celle-ci est étendue, plus le coude formé par l'intestin réuni sera marqué, et moins il y aura de courbure dans les lèvres juxtaposées par leur surface séreuse; cette courbure de l'intestin peut être portée sans inconvénient au point de rendre parallèles les deux bouts infléchis.

» Dans le cas de perte de substance de forme ronde ou elliptique, on peut donc mettre facilement en contact l'une avec l'autre chacune des deux demi-circonférences de la plaie.

» Une conséquence forcée de cette dernière proposition, c'est que le même procédé de suture peut servir à mettre en contact deux plaies, deux pertes de substance placées à une certaine distance l'une de l'autre; car il est aussi facile d'agir sur deux circonférences isolées que sur deux portions d'une même circonférence. Le cercle à parcourir est complet, et par conséquent plus grand dans le premier cas; mais il peut l'être aussi exactement et de

la même manière dans le second; après cette opération, les deux anses intestinales sont adossées parallèlement, et une communication fistuleuse s'établit entre elles.

» Ce résultat inattendu et presque nouveau est pour ainsi dire inhérent à ce genre de suture, dont la supériorité dans ce mode de rapprochement est tout à fait incontestable.

» Après avoir constaté sur le cadavre et sur les animaux vivants la possibilité de fermer ainsi deux plaies par abouchement réciproque, nous nous sommes demandé pourquoi ce fait était resté inaperçu des chirurgiens modernes, à tel point qu'ils n'en avaient jamais discuté l'opportunité. Ce mode de traitement par adossement mutuel découlait cependant tout aussi bien des faits connus de guérison spontanée que des travaux de M. Jobert. On peut donner deux raisons principales de cette espèce d'oubli : la première gît dans l'imperfection des moyens de rapprochement, qui ne permettent guère de compter sur un résultat utile; la seconde, dans le précepte qui défendait d'aller rechercher dans l'abdomen les intestins blessés, pour leur appliquer les moyens de réunion dont on pouvait alors disposer. Les remarques de M. Baudens ayant infirmé la validité de ce dernier précepte, et le procédé que nous venons de décrire permettant une juxtaposition aussi parfaite que possible, il y aura lieu désormais à discuter ce nouveau mode de coaptation, qui repose évidemment sur un point de doctrine entièrement neuf, comme le procédé qui lui sert de base.

» Toujours est-il que nous pouvons présenter comme une propriété, pour ainsi dire spéciale de ce dernier, la faculté d'adosser exactement l'une à l'autre deux plaies ou deux pertes de substance placées à une certaine distance l'une de l'autre sur la longueur du tube. Nos expériences sur les animaux ont d'ailleurs nettement établi ce fait. » (Gély, *Annales de chirurgie*, t. XII, p. 429. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XII, p. 517.)

Si une petite portion de l'épiploon est étranglée sans douleur, sans hoquet, etc., on ne débride pas; dans le cas contraire, on débride et l'on réduit. S'il est gangrené, on le laisse dans la plaie, quand il a peu de volume; quand il en a beaucoup, on le développe pour voir s'il ne cache point une anse d'intestin, et l'on excise la plus grande partie de la portion gangrenée; on pourrait encore exciser dans le vif, faire des ligatures successives et réduire. Cette méthode expose moins aux tiraillements de l'épiploon, mais davantage à la péritonite.

B. *Annexes du tube digestif.* — *a. Le foie.* — Son volume rend ses blessures fréquentes, et sa vascularité les rend graves, mais pas nécessairement mortelles. Outre la situation de la plaie extérieure, les signes des blessures de cette glande sont d'abord l'écoulement par cette plaie d'une grande quantité de sang noir, ou un épanchement de sang considérable dans le ventre; une douleur qui s'étend à l'épaule gauche et au larynx, si la plaie siége à la convexité; une douleur qui se fait sentir vers l'appendice xiphoïde, si c'est la face concave qui est lésée (Boyer). Dans les deux cas, délire général ou partiel, tension du ventre, bouche amère, vomissements répétés, hoquet, gêne de la respiration, frissons vagues, urine safranée, couleur jaunâtre et viscosité du pus qui sort par la plaie. Traitement antiphlogistique énergique, et applications froides; combattre plus tard la constipation.

Les blessures de la vésicule ont constamment été mortelles; car le fait cité par M. Fryer n'était qu'une péritonite avec épanchement ictérique. Sabatier rapporte trois cas où elle fut mortelle. Les symptômes de l'épanchement de bile sont une douleur vive et subite à l'hypochondre droit, avec rétraction du ventre et presque toujours difficulté très grande d'uriner et d'aller à la selle. La péritonite qui en résulte ne s'étend pas toujours à tout le ventre; les angoisses sont plus fortes et les nausées moindres que dans la péritonite ordinaire. La mort arrive en peu d'heures ou en peu de jours (Velpeau). A l'autopsie, on est étonné de ne pas trouver de traces d'une péritonite plus intense (Velpeau).

b. Rate. — Les blessures de la rate sont aussi graves que celles du foie et par les mêmes causes. Elles n'ont pas d'autres signes que ceux que l'on peut tirer de la situation, de la direction de la blessure et des symptômes d'un hémorrhagie interne.

Les indications sont les mêmes que pour les plaies du foie.

C. *Appareil urinaire.* — *a* et *b*. *Les reins et les uretères* sont du nombre des organes dont les plaies, suivant la direction et le trajet de l'instrument, communiquent ou non avec le péritoine. Douleur vive qui ne tarde pas à se répandre dans tout le ventre quand l'urine s'y épanche, ce qui est rare : deux auteurs à peine en citent des exemples (Velpeau) ; urine teinte de sang, douleur qui se propage souvent vers le col de la vessie, le long de l'uretère, au cordon testiculaire, et au testicule du côté qui se rétracte vers l'anneau.

Quelquefois nausées, vomissement, hoquet, ictère sympathique ; quand l'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire, inflammation phlegmoneuse et gangréneuse très grave. Antiphlogistiques et ouverture de l'abcès, s'il se forme.

c. *Vessie.* — Les plaies qui ne communiquent pas avec le péritoine ne sont pas très graves, comme le prouve l'opération de la taille, où l'on a vu à cet organe une plaie sus-pubienne et une plaie périnéale guérir parfaitement. Pott cite le cas d'un jeune homme à qui son père, forgeron, traversa le fond et la paroi antérieure de la vessie avec une barre de fer rouge, et qui guérit. Les signes sont l'issue de l'urine par la blessure, du sang liquide ou en caillot par l'urètre, quelquefois la rétention d'urine occasionnée par l'accumulation du sang caillé dans la vessie, la tension douloureuse de l'hypogastre, quelquefois le hoquet, les nausées, les vomissements, et assez souvent, au bout de quelques heures, les symptômes d'un épanchement d'urine dans le péritoine, ou de l'infiltration de ce liquide dans le petit bassin, dans la région inguinale et les parties voisines. Quand il y a épanchement urinaire dans le péritoine, la mort arrive ordinairement du troisième au douzième jour, si l'ouverture est assez large. Mais lorsque l'urine ne s'est échappée dans le ventre qu'en petite quantité, et que la plaie communique en même temps avec l'extérieur, ainsi que cela s'observe dans la lithotomie, par exemple, la mort n'est pas inévitable. Mais jusqu'à présent on n'a pas de cas encore où, les signes de cet épanchement existant, il n'ait pas été mortel (Velpeau). Sonde-siphon dans la vessie, sonde à double courant pour y injecter un liquide tiède pour le délayer, antiphlogistiques, etc.

D. *Utérus.* — Sa situation rend ses plaies très rares dans l'état de vacuité, et les seuls accidents qui puissent en résulter alors sont la péritonite, la métrite aiguë ou chronique. Essentiellement dangereuses dans la grossesse, elles donnent presque toujours lieu à l'avortement et à une métro-péritonite aiguë. Elles pourraient se compliquer de l'épanchement des eaux et du sang dans le péritoine. Antiphlogistiques énergiques.

E. *Vaisseaux.* — L'aorte, la veine cave, les vaisseaux mésentériques, etc., intéressés dans les plaies de l'abdomen, donnent lieu à des hémorrhagies intra-péritonéales et extra-péritonéales. Ces dernières restent à l'état d'infiltration, d'ecchymose ou de dépôts extérieurs. Comme elles n'offrent pas de considérations spéciales, il n'en sera pas question ici.

Caractères anatomiques. — Lorsque le sang s'échappe dans l'abdomen, voici ce qui arrive : s'il coule goutte à goutte d'un petit vaisseau et qu'il tende à se concréter, l'écoulement s'arrête presque aussitôt; les tissus mobiles environnants s'appliquent autour du foyer qui se forme pour l'emprisonner; la résistance que lui oppose soit la paroi du ventre, soit l'intestin, soit l'épiploon, suffit alors assez souvent pour vaincre l'effort hémorrhagique, et dans ce cas l'épanchement se circonscrit pour obéir aux lois de la pesanteur, comme le veut la doctrine de Petit le fils et de J. Bell. S'il sort d'un vaisseau plus considérable, d'une veine (dont le sang est moins plastique que celui des artères), et qu'il reste fluide, il s'insinue au contraire entre la surface du viscère et la portion pariétale du péritoine, se dirige dans le sens où le pousse la réaction des muscles, du diaphragme, de l'estomac, des intestins, en cédant aussi plus ou moins à la pesanteur. Cela étant, il reste rarement entre les circonvolutions intestinales qui le chassent à la surface. C'est dans le bassin ou vers les côtés du ventre qu'il se dépose, de manière à justifier presque complétement l'opinion de Garengeot et de M. Desoër. Enfin, dans le plus grand nombre de cas, il s'en coagule

une portion au voisinage de la plaie, tandis que l'autre s'étale, sous la forme d'une couche plus ou moins épaisse, dans toute la moitié inférieure de l'abdomen. M. Velpeau a vu des exemples de tous ces cas sur les animaux et sur l'homme. Pelletan, M. Ricord, etc., en ont également rapporté. Ainsi les théories opposées et si débattues de Petit et de Garengeot ne péchaient que parce qu'elles s'excluaient l'une l'autre. Petit prétendait que la pesanteur n'avait aucune influence sur l'épanchement.

Le premier temps du travail pathologique une fois opéré, le second ne tarde pas à se manifester, et se présente sous deux nuances principales : 1° Aucune inflammation (adhésive du moins) ne survient ; la portion du sang épanché en nappe se résorbe et disparaît en très peu de temps sans laisser de traces ; celle qui s'est rassemblée en collection, en masse distincte, s'isole de son sérum et finit à son tour par être absorbée, mais au bout d'un autre temps, quelquefois très long, soit en totalité, soit en n'en laissant que de faibles fragments. Les observations de Morgagni, de Pelletan, le constatent. 2° En même temps que le sang resté fluide ou en couche peu épaisse, à quelque distance du foyer principal, repasse dans la circulation générale, tous les tissus qui environnent l'épanchement s'enflamment ; le péritoine se colle avec lui-même ; une lame plus ou moins épaisse de matière concrescible entoure bientôt le foyer comme pour l'envelopper d'un kyste. Si à ce point la phlegmasie adhésive s'arrête, le sang, complétement isolé à la manière d'une collection extérieure, est encore repris par absorption, ou bien finit par se décomposer et produire tous les accidents d'un véritable dépôt.

Les seuls cas qui ne puissent rentrer dans l'une ou dans l'autre de ces deux catégories, sont ceux où la phlegmasie, passant à l'état de péritonite générale, se développe trop promptement ou devient suppurative.

Si le premier obstacle que rencontre le sang en sortant du vaisseau divisé se trouve, comme l'a bien vu Petit, dans la résistance des viscères abdominaux, qu'il est obligé d'écarter ou de déprimer, obstacle d'autant plus grand que l'appareil digestif resté sain est plus distendu, le second est le résultat d'un travail pathologique, et n'existe pas dès le principe ; celui-ci peut se réduire à une simple agglutination du péritoine avec lui-même autour de la masse sanguine, agglutination en partie semblable à celle des plaies par réunion immédiate, à ce que les anciens appelaient réunion par inosculation : aucune inflammation ne le précède. Il n'y a point de couche concrescible interposée. Les tissus se collent face à face, par contiguïté, sans déposition de lymphe plastique. Le plus souvent cet obstacle trouve, au contraire, sa source dans le dépôt de ce liquide coagulable véritablement inflammatoire, moyen habituel des adhérences morbides qui ne tarde pas à transformer en kyste les alentours du fluide épanché. Mais la marche des épanchements circonscrits n'est pas toujours si simple ; le sang peut se décomposer, se transformer en abcès ou en kyste.

Le siége variable de l'épanchement mérite d'être envisagé, relativement aux parois abdominales. Vers les flancs ou les fosses iliaques, l'un des points du kyste est constitué par le péritoine pariétal ; s'il est considérable, la même chose s'observe encore à l'hypogastre ; vers l'ombilic et sous le milieu de la zone mésogastrique, au contraire, le fluide se place tantôt entre l'épiploon et le péritoine qui tapisse la paroi du ventre, tantôt entre l'épiploon et les intestins. Le quadruple repli membraneux fait dans ce dernier cas partie intégrante du sac. Dans l'arrière-cavité des épiploons il reste également isolé, et devient par là même plus dangereux que dans les autres cas, puisque, s'il s'échappait de son centre, ce serait plutôt pour s'épancher de nouveau dans le ventre ou la poitrine que pour se porter à l'extérieur. Tous les arrangements divers qu'il peut prendre avec les organes expliquent l'ouverture d'épanchements sanguins dans l'estomac (Fourcade), dans les intestins, la vessie, le vagin, la plèvre, ou bien au dehors par un point ou par l'autre.

Les signes primitifs de l'épanchement sanguin dans le péritoine sont de deux sortes : 1° ceux d'une hémorrhagie abondante, 2° ceux qui dépendent du dépla-

cement et de la compression des viscères, et ce sont le gonflement du ventre, la douleur, les envies de vomir, d'uriner, le sentiment de pesanteur sur le fondement ou dans l'hypogastre, l'étouffement. Lorsque ces symptômes se trouvent réunis en certain nombre, qu'ils se montrent brusquement, le diagnostic ne peut être douteux, surtout s'ils sont la suite d'une violence extérieure. Il n'en est pas toujours ainsi, surtout si l'épanchement est diffus et peu abondant. Dans tous les cas la percussion médiate est d'un grand secours.

Le sang ayant cessé de couler, si l'organisme n'en est pas trop profondément troublé, l'épanchement reste ensuite plus ou moins longtemps sans causer d'autres désordres. Si les symptômes de péritonite ou d'inflammation viscérale se montrent quelquefois dès le troisième ou le quatrième jour, ce n'est d'ordinaire que vers le huitième ou le douzième. Avec la fièvre, une douleur fixe causée par toute pression un peu forte se développe sur un ou plusieurs points du ventre et porte le malade à s'incliner de ce côté : ce point est dur, tendu, chaud. Tels sont, avec l'inappétence, la diarrhée, etc., les signes de la conversion du foyer en abcès.

Traitement. — Autrefois il fallait donner issue au moindre épanchement, ce qui rendait le diagnostic plus important qu'aujourd'hui. On s'oppose maintenant plutôt à sa sortie. Ventouses scarifiées pour faciliter la résorption, qui arrive si souvent, que les cas où il faut lui faire jour sont exceptionnels aux yeux de M. Cruveilhier. Il ne faut pas oublier que chez un malade observé par M. Fourcade, l'hémorrhagie reparut le quinzième jour. Quand le foyer se décompose, proémine, il faut le traiter comme un abcès profond et l'ouvrir largement, sans redouter la présence de l'air sur le péritoine. Si l'on craignait que les adhérences fussent encore faibles, on devrait, à l'exemple de M. Graves, n'inciser que jusqu'au kyste exclusivement, et attendre qu'il se rompe de lui-même.

CHAPITRE II.

MALADIES DU RECTUM ET DE L'ANUS.

Nous rapprochons des maladies chirurgicales de l'estomac et des intestins celles du rectum et de l'anus, nous réservant de revenir ensuite sur les maladies médicales proprement dites. Cet ordre nous paraît plus logique, en ce sens que l'on trouve ainsi, les uns à côté des autres, les articles que l'on peut avoir à consulter, et que les rapprochements les plus naturels existent entre ces affections. C'est ainsi que nous rejetterons à la suite des affections médicales de ces organes et des affections des annexes du système digestif le chapitre consacré aux fièvres proprement dites. Nous aurons ainsi formé des groupes naturels que l'on pourra consulter avec plus de facilité et plus de fruit. Dans un ouvrage dont le plan est aussi vaste que le nôtre, on ne peut suivre un ordre tout à fait didactique.

ARTICLE PREMIER.

Chute du rectum.

Sous le nom de *chute du rectum*, on comprend deux choses, aujourd'hui bien distinctes, quoique autrefois confondues : 1° la simple procidence de la muqueuse à travers le sphincter ; 2° le renversement de toutes les tuniques du rectum, et même d'une portion du côlon et leur protrusion par l'anus.

Nous allons, à l'exemple de M. Vidal, de Cassis, traiter successivement de ces deux cas.

1° *Chute de la muqueuse du rectum.* — *Causes et mécanisme.* — Il est certains animaux, le cheval, par exemple, chez lesquels, au moment de la défécation, la membrane muqueuse rectale est poussée au dehors pour rentrer ensuite. Chez l'homme le même phénomène tend à se produire par suite du relâchement de cette membrane.

Toute cause d'affaiblissement ou d'atonie dans l'appareil défécateur prédisposera à ce prolapsus. C'est ainsi que la paralysie des sphincters, des releveurs de l'anus, une diarrhée chronique, surtout dans l'enfance et dans la vieillesse, et chez les sujets lymphatiques, favorisent la production de cette maladie. Les causes déterminantes sont les efforts de la défécation et l'excessive fréquence de cette excrétion. Ainsi, tout ce qui rend la défécation difficile ou fréquente, la constipation, la dyssenterie, les maladies des voies urinaires, les rétrécissements de l'urètre,

l'hypertrophie de la prostate, l'engorgement de l'utérus, etc., toutes ces affections peuvent donner naissance à celle qui nous occupe.

Certaines lésions particulières du rectum ont en outre une action toute mécanique sur le développement de la chute de la muqueuse de cet intestin : ce sont les hémorrhoïdes, les polypes, les tumeurs quelconques implantées sur cette membrane. Entraînées au dehors au moment de la défécation, elles entraînent avec elles la membrane muqueuse : le prolapsus, qui se réduisait d'abord spontanément, reste bientôt au dehors, où il reparaît par l'effet seul de l'attitude verticale.

Symptômes et diagnostic. — Bourrelet rouge et mou, présentant une ouverture centrale, peu douloureux au toucher : tel est l'aspect de la maladie. Le doigt pourrait, à la rigueur, pénétrer dans l'ouverture centrale.

« Contournant le bourrelet, on trouve une simple rainure, et l'on est arrêté par le sphincter, dont la muqueuse *est continue et non contiguë avec celle de la tumeur. La tumeur ne se produit pas tout d'un coup; elle ne s'étend pas en longueur, elle se développe plutôt dans la circonférence.* Ces caractères sont les principaux éléments du diagnostic différentiel à établir entre le prolapsus simple dont il est question ici, et le prolapsus avec invagination dont il sera parlé tout à l'heure. » (Vidal, de Cassis, *loc. cit.*, p. 576.)

Pronostic.—Quand la lésion est simple, le pronostic n'est pas grave ; mais il n'y a guère que chez les enfants qu'elle n'est pas compliquée. A cet âge, elle ne cause presque jamais d'accidents, et la cure radicale s'en obtient facilement sans opération. Mais dans la vieillesse, ou sous l'influence d'une débilitation très prononcée, ou d'une complication d'hémorrhoïdes ou de polypes, ou d'une affection des voies urinaires, la guérison définitive ne peut que difficilement s'accomplir par les seuls efforts de la nature; quand la chirurgie vient y joindre les siens, le succès n'en est pas même toujours assuré.

Traitement. — Un bon régime, des amers, des ferrugineux à l'intérieur; des lotions d'eau de chaux, de décoction de quinquina ou d'écorce de chêne; d'alun ou de sulfate de fer; des demi-lavements froids, des bains de siége froids, l'application de la glace, etc., suffisent, en général, chez les enfants, pour rendre leur ressort aux parties affaiblies.

Dans un âge plus avancé et dans des cas plus graves, il faut recourir aux moyens chirurgicaux proprement dits. La réduction et la contention, qui peuvent être des moyens curatifs chez les enfants et dans les cas légers, ne sont ici que palliatifs.

Un taxis méthodique est presque constamment efficace, et l'on n'est que très exceptionnellement obligé de recourir au débridement. De la main gauche on écarterait la tumeur, et de la main droite, armée d'un bistouri droit, on inciserait en allant des fibres superficielles du sphincter aux fibres profondes. C'est ainsi que Delpech a réussi dans un cas consigné dans le *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1830. M. Vidal, de Cassis, conseille ici son débridement multiple dont rien ne contre-indique, en effet, l'application.

Lorsque la réduction, aidée de la contention, ne suffit pas pour amener la cure radicale, il faut alors procéder à l'excision de la tumeur, ou la détruire à l'aide de la cautérisation dans le but d'obtenir un tissu inodulaire ; ou bien on se contente, à l'exemple de Dupuytren, d'exciser les plis rayonnés de l'anus pour rétrécir cet orifice. Ce sont là des procédés qui réussissent et qui échouent, et par lesquels il faut cependant commencer avant de songer à des opérations plus graves, à celle qui consiste, par exemple, à enlever une partie du sphincter avec la tumeur. Voici comment le procédé de Dupuytren est décrit dans ses leçons. Ajoutons seulement que ce procédé ne met pas absolument à l'abri de la récidive.

« Le malade est couché sur le ventre, la partie supérieure du tronc et de la tête basses, le bassin, au contraire, fort élevé à l'aide d'un ou de plusieurs oreillers : on écarte les cuisses et les fesses pour mettre en évidence la marge de l'anus lui-même. L'opérateur, la main gauche armée d'une pince à dissection, à mors larges, afin de causer moins de douleurs, saisit successivement, à droite et à gauche, et même en avant et en arrière, deux, trois, quatre cinq ou six de ces plis rayonnants, et quel-

quefois effacés ou plus ou moins saillants; de la main droite, et avec des ciseaux courbes sur le plat, il enlève chaque pli à mesure qu'il est soulevé; l'excision doit être prolongée jusqu'à l'anus, et même audedans, pour que l'action s'étende au delà de l'ouverture : on pourrait porter l'excision à la hauteur d'un demi-pouce. Si le relâchement est médiocre, on enlève, un, deux ou trois plis de chaque côté ; s'il est très grand, on fait l'excision d'un plus grand nombre de plis.

» Cette opération, qui est peu douloureuse et qui n'offre aucun inconvénient, n'est pas suivie d'hémorrhagie; car des vaisseaux cutanés pourraient seuls fournir du sang, et l'on intéresse tout au plus les extrémités des artères hémorrhoïdales. Si cependant on portait l'excision à une grande profondeur, on conçoit que les hémorrhoïdales internes pourraient donner lieu à un écoulement sanguin.

» Les conséquences de cette opération se déduisent facilement de la disposition anatomique des parties : il y a une dilatabilité excessive de l'anus; on se propose de la faire cesser en retranchant un des tissus qui entrent dans sa composition et en raffermissant les autres; on atteint ce double but par l'excision de la peau et par l'inflammation qui en est la suite. La cicatrice qui se fait à la fois par le rapprochement des bords des plaies et par la formation d'un tissu accidentel rétrécit évidemment l'anus. On a substitué par ce moyen une peau accidentelle adhérente d'une nature intime à une peau dont les adhérences étaient extrêmement lâches. L'inflammation qui arrive d'ailleurs à la suite de cette opération si simple, se propageant un peu plus haut dans le tissu cellulaire sans muqueuse du rectum, contribue à augmenter l'adhérence de la muqueuse avec la tunique charnue.

» Aucun pansement n'est nécessaire; la douleur détermine instantanément une vive contraction des sphincters : l'inflammation se communique bientôt des points incisés au tissu cellulaire et aux sphincters. Ordinairement les malades ne vont pas à la selle dans les premiers jours; l'inflammation ne tarde point à tomber; les sphincters se relâchent momentanément pour le passage des matières fécales, mais ils sont prêts à se contracter au moindre effort; la cicatrisation s'opère en quelques jours, et alors les excréments n'agissent plus sur les parties ulcérées, l'ouverture est diminuée et la guérison constante. Dupuytren a employé ce procédé pour la première fois il y a plus de dix ans, et depuis il l'a mis en usage un très grand nombre de fois, et toujours avec le même succès : il n'a observé de récidive que dans un cas où l'opération, de son aveu, avait été faite d'une manière incomplète, à cause de l'indocilité, des cris et des efforts de l'enfant sur lequel elle était pratiquée. L'invention de ce procédé lui appartient sans contredit. Celui qui a été employé par Hey (*Practical observations*) pour guérir un malade atteint d'hémorrhoïdes compliquées de la procidence de la muqueuse anale, en diffère sous plusieurs rapports essentiels. On voit, en effet, dans les observations rapportées par ce chirurgien et par ceux qui ont imité sa conduite, que ce n'est qu'accidentellement que ces malades ont été guéris de la procidence du rectum par une opération qui était exclusivement dirigée contre les hémorrhoïdes, et qui ne peut être appliquée dans le cas où la procidence est un effet consécutif de l'affection hémorrhoïdale. Ce procédé, au contraire, de Dupuytren, s'applique surtout au cas de chute du rectum sans complication d'hémorrhoïdes. Le professeur est convaincu qu'il n'y a que l'excision de la marge de l'anus qui puisse débarrasser les malades de leur dégoûtante infirmité. » (Dupuytren, *Clinique*, t. IV, p. 152.)

2° *Chute ou invagination du rectum.* — *Causes et mécanisme.* — Voici comment M. Vidal, de Cassis, s'exprime à cet égard :

« Le rectum étant fixe, étant ferme et au-dessous des autres intestins, représente une espèce d'infundibulum déclive dans lequel sont reçues les autres parties du gros intestin qui sont mobiles, et qui entraînent quelquefois dans leur chute la partie supérieure du rectum lui-même.

» Il est des causes de la chute du rectum qui se rapprochent de celles de l'invagination intestinale en général. On sait que Peyer a vu qu'en irritant les intestins des grenouilles, on y produisait presque à volonté des intus-susceptions. L'irritation inflammatoire, en déterminant des

mouvements antipéristaltiques dans la membrane musculeuse, peut donc être considérée comme cause de ces invaginations. L'intus-susception chronique pourrait être due à un rétrécissement d'un point du canal digestif. Le point rétréci est insensiblement poussé dans la portion de l'intestin qui lui fait suite et qui se dilate par degrés pour favoriser son admission. Du côté de l'intestin, la situation, les dispositions du gros intestin font naître des influences plus spéciales au renversement de cette partie du tube alimentaire, au nombre desquelles il faut surtout noter les grands efforts de défécation, l'accouchement, l'émission des urines, comme on le voit surtout chez les calculeux, etc.; souvent l'invagination par atonie se fait peu à peu ; comme la hernie, elle se prépare de longue main. Mais plus souvent la tumeur antérieure se manifeste subitement pendant l'action d'une des causes principales que je viens de signaler, c'est-à-dire, après un effort, une violence. Or j'ai dit que le prolapsus, dont il a été question dans le précédent paragraphe, se montrait peu à peu, sans violence et sans précipitation.

» Si l'on suit la marche des accidents, on voit que, dans la plupart des cas, il y a des phénomènes locaux et généraux de l'étranglement intestinal, notamment des coliques, des nausées, des vomissements, l'interruption du cours des matières fécales, etc. ; au contraire, le prolapsus de la membrane muqueuse, dans la majorité des cas, n'offre point ces caractères, ou si quelquefois on les observe, ce n'est qu'à titre de complication et non comme symptômes essentiels. » (Vidal, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 578.)

Symptômes. — La portion d'intestin qui fait saillie à l'extérieur est en général peu considérable, mais elle a quelquefois de 30 à 50 centimètres de longueur. Elle est cylindrique, rouge, molle, recouverte à sa surface d'une sécrétion séreuse, muqueuse, et quand il y a de l'irritation, d'un suintement sanguin. Son extrémité inférieure présente une ouverture froncée qui peut recevoir une sonde assez volumineuse; son extrémité supérieure est plus ou moins resserrée dans l'anus. Il n'y a qu'une simple *contiguïté* entre la surface de la racine de la tumeur et les parois de l'ouverture anale qui l'embrasse, en sorte qu'on peut circonscrire la tumeur avec le doigt indicateur jusqu'à plusieurs pouces d'élévation dans le rectum, caractère qui ne permet pas de confondre la chute du rectum avec le simple prolapsus de la membrane muqueuse de cet intestin.

Le cylindre formé au dehors par le renversement du rectum est assez droit chez l'homme, en raison des adhérences de cet intestin, à peu près égales en avant et en arrière; tandis que, d'après les auteurs, la partie postérieure chez la femme se déploierait plus que l'antérieure, à cause de l'adhérence plus intime du rectum avec la paroi vaginale. Dans ce dernier sens, le cylindre ou le cône formé par la tumeur est alors plus ou moins incurvé, de manière à présenter une convexité postérieure avec le renvoi de son orifice terminal en avant.

La tumeur est quelquefois facilement réductible, mais la réduction ne fait pas toujours cesser les accidents, et l'étranglement persiste. Nous avons vu (*Bibliothèque du médecin praticien*, t. V, p. 622) par quel procédé la nature triomphe de cet accident en éliminant la portion étranglée du tube intestinal. Aux exemples cités dans le passage du *Traité des maladies des enfants*, auquel nous venons de renvoyer, nous ajouterons le suivant :

Obs. « Un berger, âgé d'environ cinquante ans, maigre, d'une faible constitution, et sujet à une diarrhée dont l'étiologie n'est pas indiquée, fut saisi brusquement d'une colique violente avec un besoin pressant d'aller. A peine se fut-il présenté pour satisfaire à ce besoin, qu'il lui sortit par l'anus une tumeur dont le développement fut rapide et effrayant. Les douleurs déchirantes de l'abdomen qui eurent lieu au même instant, et l'impossibilité dans laquelle le malade était de se redresser, le forcèrent à se coucher sur la terre, où il resta près d'une heure sans secours. A la fin, saisi par le froid, il réunit tous ses efforts et parvint à se traîner jusqu'à sa demeure. M. Lacoste voit le malade vingt-huit heures après l'accident. Il observe que la face est décomposée; le pouls est petit, accéléré; il y a hoquet, soif ardente, vomissements fréquents, douleurs déchiran-

tes dans tout l'abdomen, rétention d'urine et des matières fécales; tumeur extérieure de 11 pouces de longueur sur 8 pouces de circonférence, recourbée, la convexité postérieure pendant à son sommet; une ouverture dans laquelle on peut introduire le petit doigt; sa base est étroitement resserrée par le sphincter, sa couleur d'un rouge brun, sa surface humectée d'une humeur visqueuse, gluante et fétide; bosselures séparées par des brides profondes; réduction en masse absolument impossible; répulsion méthodique sur l'extrémité inférieure de la tumeur en la refoulant sur elle-même; succès complet; rétablissement des parties dans l'état normal; guérison du malade. » (Vidal, de Cassis, *Traité de path. ext.*, t. IV, p. 580, 2e édit.)

Le *pronostic* est grave, et par l'infirmité dégoûtante qui résulte de la lésion intestinale, et par les accidents qui peuvent survenir.

Traitement. — Voici comment il est tracé par M. Vidal, de Cassis :

« Le traitement de ce prolapsus doit nécessairement être incomplet, car les principales indications ne peuvent guère être remplies. Ainsi, on peut bien, dans le plus grand nombre des cas, réduire la tumeur, c'est-à-dire la faire rentrer dans le rectum; mais on n'a pas toujours la certitude d'enlever l'invagination, et encore moins peut-on se promettre d'empêcher sa reproduction.

» Le procédé de réduction est une espèce de taxis. On se rappellera, en le pratiquant, qu'il y a intus-susception jusqu'à l'extrémité de la tumeur. Il faut donc agir avec les doigts sur l'orifice inférieur que présente cette tumeur, et chercher à faire remonter l'intestin dans sa propre cavité, pour le repousser ensuite au-dessus de l'anneau formé par l'anus. M. Lepelletier dit qu'il serait bon, pour s'assurer d'une réduction plus complète, d'introduire dans l'orifice intestinal une très longue canule en gomme élastique portant un renflement bulbeux assez considérable pour chasser au-dessus d'elle la portion d'intestin invaginée, et la soutenir ainsi pendant quelque temps. Ce moyen, que je sache, n'a pas encore été tenté. Pour que la réduction s'effectue à des hauteurs plus considérables, on a aussi conseillé des lavements, des douches ascendantes. Hunter veut qu'on administre des vomitifs pour l'invagination dont il s'agit, et des purgatifs pour les intus-susceptions qu'il appelle rétrogrades. Il y a là une distinction fort difficile à établir pour arriver à l'emploi de moyens fort incertains dans leur action, et qui peuvent devenir très dangereux. Les balles de plomb, le mercure coulant, peuvent avoir plusieurs dangers, entre autres celui de rompre les adhérences qu'une nature prévoyante peut établir entre les deux parties d'intestin dont les séreuses ont été mises en contact avec l'invagination. Pour éviter les récidives, le repos, la position horizontale longtemps continués, sont les seuls moyens à employer. Toute opération qui tendrait à imiter la nature qui fait des ablations considérables de l'intestin par voie d'inflammation ulcérative, toute opération de cette nature ne pourrait être complétement justifiée : car la nature, avant d'opérer la division des parties qu'elle veut éliminer, a procédé à une réunion; elle a produit des adhérences qui empêcheront tout épanchement de matières fécales. Or ces adhérences préalables nous ne savons pas si elles existent toujours; nous ne pouvons pas les produire là où elles doivent exister. Donc toute extirpation serait alors imprudente. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathol. externe*, t. IV, p. 582, 2e édit.)

ARTICLE II.

Corps étrangers du rectum.

Les corps étrangers du rectum sont très nombreux; tous peuvent cependant se ramener à deux grandes catégories composées : 1° par ceux qui se sont formés dans l'économie; 2° par ceux qui viennent de l'extérieur.

Les premiers sont des calculs, des matières fécales endurcies; mais le plus souvent ce sont des corps étrangers qui, après avoir été avalés et avoir parcouru le reste du tube digestif, se sont arrêtés dans sa dernière portion, soit à cause des espèces de culs-de-sac qu'offre cet intestin, ou d'une circonstance purement accidentelle du trajet du corps étranger, qui s'est présenté moins favorablement dans ce point que dans les parties sus-jacentes du tube.

Les corps étrangers les plus nombreux de tous sont ceux qui ont été introduits directement dans le rectum, presque toujours sous l'influence d'une repoussante dépravation. On ne saurait se faire une idée de toute la variété bizarre de corps étrangers que ce honteux vertige a introduits dans le rectum : billes, queues de cochon, pots à confiture, verres à boire, grosses raves, crochets, etc. , toute une série d'objets les plus divers.

« *Symptômes et diagnostic.* — Il n'y a rien de constant sur le temps qui s'écoule depuis l'ingestion par la bouche des corps étrangers jusqu'à leur arrivée dans le rectum. Plusieurs semaines peuvent se passer avant que leur présence au-dessus de l'anus soit accusée par quelque accident. Leur marche dans le canal digestif est indiquée par d'obscures douleurs, d'abord à l'épigastre, puis dans d'autres régions de l'abdomen, où elles deviennent quelquefois très vives. Il est de ces corps étrangers qui, arrêtés momentanément dans l'œsophage, ont été poussés dans l'estomac par le chirurgien. Là ils ont paru quelquefois y séjourner longtemps avant de passer dans les intestins. Parvenus au rectum, leur présence est indiquée par les signes que voici : douleur obscure ou vive au fondement, s'exaspérant souvent dans de certains mouvements, par exemple dans la flexion du tronc. Il survient parfois, sur plusieurs points de l'anus, une inflammation avec suppuration, et quelquefois gangrène; presque toujours il y a perforation de l'intestin, ce qui produit presque inévitablement une fistule. Enfin le volume du corps étranger peut fermer complétement l'intestin ; de là, constipation, ballonnement de l'abdomen, nausées, vomiturition, vomissements, enfin les accidents de l'étranglement. Quelques corps étrangers par leur compression développent des hémorrhoïdes, donnent lieu à la rétention d'urine et consécutivement à la péritonite. Ces signes ne sont cependant que rationnels; ils font soupçonner la cause des accidents; mais, pour la connaître d'une manière certaine, on devra acquérir des signes sensibles. Il est rare qu'on puisse voir le corps étranger, il faut pour cela qu'il soit très voisin de l'anus, ou bien le spéculum deviendra nécessaire; mais le toucher constate ce que l'œil ne distingue pas. En portant un doigt dans le rectum , on reconnaît la présence d'un corps étranger, souvent même sa forme , son volume et les circonstances qui mettent obstacle à son expulsion spontanée. L'existence d'un corps étranger dans le rectum a été révélée accidentellement dans des circonstances où l'on n'avait pas cru devoir recourir à l'introduction du doigt. Quelquefois la canule d'une seringue, par la résistance qu'elle a rencontrée, a conduit au diagnostic ; dans d'autres cas, le bistouri, porté dans un abcès de la marge de l'anus , s'est heurté contre le corps étranger; quelquefois on l'a trouvé en pratiquant l'opération de la fistule, en enfonçant une sonde dans les tissus sphacélés qui environnaient l'anus.

» Les derniers signes sont communs aux corps étrangers qui sont parvenus dans le rectum après avoir été avalés, et à ceux qui y ont été introduits par l'anus. Les circonstances commémoratives font connaître la voie par laquelle ils y sont parvenus. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 584, 2e édit.)

Lorsque, ce qui est très rare , de véritables calculs biliaires ou même urinaires , par perforation de la cloison recto-viscérale, se trouvent dans le rectum, les symptômes antérieurs ou actuels dans l'appareil où le calcul a pris naissance mettent sur la voie du diagnostic. Dans le cas d'une concrétion biliaire, ce sont des phénomènes du côté du foie , ictère , douleur hépatique, etc. ; pour le système urinaire, les signes bien connus des concrétions qui s'y développent.

Les pierres stercorales qui se forment plus haut avant de parvenir au rectum s'accompagnent de coliques , de nausées , de constipation. La palpation de l'abdomen peut en constater la présence dans le gros intestin , où elles en ont imposé pour des tumeurs de diverses natures , pour un squirrhe dans un cas très curieux observé par M. Vidal, de Cassis. (*Loc. cit.*, p. 586.)

Parvenues dans le rectum , les concrétions donnent lieu à un sentiment de pesanteur incommode. Il semble au malade qu'il a un bouchon dans l'intestin , et il redouble d'efforts pour s'en débarrasser. L'expulsion est quelquefois laborieuse, avec

sueurs froides, et mouvements nerveux. On a vu des malades attendre leur délivrance plusieurs semaines et même plusieurs mois. Enfin il peut se faire une oblitération complète du rectum ; rien ne peut sortir, et les lavements ne peuvent y arriver ; alors éclatent tous les symptômes de l'étranglement.

La vessie, la prostate, les veines hémorrhoïdales étant comprimées, il en résulte des symptômes capables de donner le change, si l'on ne se hâte de recourir au toucher rectal, qui constate immédiatement la présence de la concrétion. L'emploi du spéculum est quelquefois nécessaire. Il arrive qu'il y ait en même temps, pour ainsi dire, constipation et dévoiement par suite de l'irritation produite par la concrétion stercorale sur la muqueuse rectale.

L'accumulation des matières fécales dans le rectum est beaucoup plus fréquente que les pierres stercorales proprement dites. Cette accumulation a lieu dans les paralysies, surtout chez les femmes qui restent longtemps couchées.

Pronostic. — Le plus souvent les corps étrangers, poussés avec force par l'anus dans le rectum, y ont produit une douleur plus ou moins vive, des efforts d'expulsion violents, et la plupart du temps infructueux. Une constipation rebelle est, en général, l'effet de leur présence. Il peut arriver que la muqueuse du rectum soit irritée et enflammée, quelquefois déchirée par le corps étranger. On conçoit dès lors la gravité des phlegmasies et des suppurations qui peuvent en être la conséquence. Mais les corps étrangers sont si variables, que les effets nécessairement variables aussi ne se prêtent guère à une appréciation exacte.

Traitement. — Quelle que soit la nature du corps étranger, il faut procéder à son extraction, opération qui peut offrir de grandes difficultés.

Si ce corps est libre et peu volumineux, l'expulsion en est ordinairement spontanée. S'il est retenu au-dessus du sphincter, des pinces ou des tenettes suffisent à son extraction.

Lorsqu'il est libre, mais quand son volume l'empêche de franchir l'anus, même à l'aide de tenettes, on cherche à le briser, en ayant soin de protéger l'intestin contre ses éclats. On ne doit recourir à l'incision de l'anus que si elle est indispensable.

Si le corps étranger est engagé par un de ses bouts dans l'épaisseur du rectum, c'est généralement par son bout inférieur ou le plus voisin de l'anus ; il faut alors le saisir et le remonter par l'extrémité supérieure pour dégager l'autre qui sert ensuite de prise à la tenette. Si le corps étranger était très inégal, et que plusieurs de ses aspérités fussent engagées dans les parois du rectum, il pourrait être nécessaire de couper les brides formées autour de lui par les parois de l'intestin.

Lorsque la vessie est distendue par l'urine, il faut avoir soin de l'évacuer avec la sonde avant de procéder à l'extraction du corps étranger, ou, s'il y avait un obstacle insurmontable au cathétérisme, on devrait, pendant l'extraction du corps étranger, l'éloigner autant que possible de la cloison recto-vésicale, afin de ne pas la blesser.

Les tenettes que l'on emploie dans l'opération de la taille suffisent, en général, pour cette extraction ; quelquefois on a été obligé d'en introduire deux à la fois dans le rectum, afin d'envelopper entièrement le corps étranger et d'empêcher ses débris de blesser les parois intestinales, s'il venait à se casser.

Dans quelques cas où le rectum s'était invaginé dans la cavité du corps étranger, il a été indispensable de maintenir l'intestin réduit pendant quelques jours en le remplissant de charpie. Des injections émollientes et des émissions sanguines peuvent être indiquées pour combattre les accidents inflammatoires qui surviennent quelquefois après l'extraction du corps étranger.

La nature du corps étranger conseille, dans certains cas, l'emploi de moyens particuliers ; dans le fait suivant, on eut heureusement recours à la main d'un enfant. Il est consigné dans les *Observations curieuses* de Joseph Nolet, p. 103.

Obs. 1. « Un religieux, voulant se guérir d'une colique qui le tourmentait violemment, s'introduisit dans le fondement une bouteille d'eau de la reine de Hongrie, où il y avait un petit trou au bouchon, afin que l'eau distillât peu à peu dans l'intestin. Elle entra tout entière dans le rectum, et les tentatives que l'on fit pour la retirer furent inutiles ; les pinces,

les becs-de-corbin, tous les spéculums unis furent essayés en vain : bref, on trouva un petit garçon de huit à neuf ans qui eut assez d'adresse pour extraire la bouteille. »

Voici la conduite que suivit Desault pour faire l'extraction d'un pot à confiture ; il le brisa à l'aide de deux tenettes, et fit successivement l'extraction des fragments. Cette observation est tirée du *Journal de chirurgie de Desault*, t. III, p. 177.

Obs. 2. « Un homme âgé de quarante-sept ans se rendit à l'Hôtel-Dieu le 17 avril 1762 pour se faire ôter de l'intestin rectum un vase de faïence qu'il s'était introduit depuis huit jours pour vaincre, disait-il, une constipation opiniâtre. Ce vase était un pot à confiture dont l'anse s'était cassée et le fond détaché. Sa forme était conique et sa longueur de trois pouces; il avait été introduit par son extrémité la moins large, qui présentait deux pouces de diamètre. Lorsque le malade se présenta à l'hôpital, il avait déjà fait lui-même des efforts pour extraire ce corps étranger. L'écoulement de sang et l'excès des douleurs l'avaient forcé de suspendre ses tentatives. La partie supérieure du rectum, renversée et invaginée dans le vase, y formait une tumeur très dure qui le remplissait complétement. Les parties environnantes étaient enflammées, et cette circonstance rendait l'extraction plus difficile. Desault fit coucher le malade sur le côté; puis, écartant l'intestin des parois du vase, il parvint à saisir celui-ci avec une forte tenette qu'il enfonça le plus haut possible et qu'il fit tenir ferme par un aide. Au moyen de ce point d'appui, et avec une autre tenette introduite de la même manière, il parvint à briser le vase et à le retirer par petites parties sans blesser le rectum. Cette opération ne fut ni longue ni douloureuse, quoiqu'il eût été nécessaire d'introduire les tenettes un grand nombre de fois. Lorsque tous les fragments eurent été extraits, Desault repoussa la portion renversée du rectum, et au moyen d'un tampon de charpie de six pouces de longueur sur deux et demi de diamètre, qu'il enfonça tout entier après l'avoir enduit de cérat. On plaça ensuite au dehors beaucoup de charpie, plusieurs compresses, et un bandage triangulaire qui soutenait le tout. Le pansement fut renouvelé deux fois par jour, à cause du dévoiement, qui ne cessa que le sixième jour. Alors l'intestin ne se renversait plus lorsque le malade allait à la selle, et l'on ne fut plus obligé de le maintenir avec de si gros tampons. On cessa même d'en placer après le deuxième jour, lorsque les déchirures furent cicatrisées, et cet homme sortit de l'hôpital, parfaitement guéri, quinze jours après l'opération. »

Enfin le fait suivant est trop remarquable par la singularité du corps étranger et par l'ingénieux procédé d'extraction, pour ne pas trouver place ici. Il appartient à Marchettis qui l'a consigné dans ses *Obs. méd.-chirurg.*, p. 126. Il est ainsi reproduit par Boyer :

Obs. 3. « Des étudiants, ayant projeté de jouer un mauvais tour à une fille publique, s'avisèrent de lui introduire dans l'anus une queue de cochon qui était gelée ; ils avaient préalablement coupé les poils un peu courts afin qu'ils fussent plus roides et plus piquants. Ils l'introduisirent par la grosse extrémité dans l'anus, après l'avoir enduite d'huile; il en resta environ trois pouces en dehors. Les premières tentatives qu'on fit pour l'extraire furent douloureuses ; comme elle ne pouvait être tirée qu'à contre-poil, les soies entraient dans les membranes du rectum et causaient à cette fille des souffrances inexprimables. On essaya de dilater le rectum avec un spéculum ; mais ce moyen ne réussit pas mieux que les autres ; il survint des accidents fort graves, une constipation opiniâtre, des vomissements, des douleurs vives dans l'abdomen, une fièvre ardente. Marchettis, appelé le sixième jour, imagina un procédé fort ingénieux : Il arrondit un roseau creux à l'une de ses extrémités ; il attacha au bout de la queue, qui était hors du fondement, un gros fil ciré, et le passa dans le roseau ; il poussa d'une main cette espèce de canule dans le rectum, tandis que de l'autre main il retenait le fil, et par conséquent la queue à laquelle il était fixé : il parvint à enfermer cette queue dans le roseau, et dès lors son extraction ne souffrit plus aucune difficulté. Elle fut suivie de la sortie d'une grande quantité de matières fécales. On fit des injections de lait dans le rectum pendant

deux ou trois jours, et tous les accidents cessèrent. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 38.)

Enfin un verre à boire a été introduit dans le rectum; M. Morel-Lavallée en fit l'extraction. Après avoir abattu le bord du vase avec une pince garnie de linge, ce chirurgien fit la version du verre et l'amena ensuite facilement au dehors. Nous regrettons que ce fait curieux et important qui, s'est présenté à l'hôpital de la Charité, n'ait pas encore été publié.

Quant aux matières stercorales endurcies, lorsqu'elles ont résisté aux potions purgatives et aux lavements, on en fait l'extraction à l'aide des doigts ou de la curette. Nous croyons inutile d'insister sur les détails de cette opération.

ARTICLE III.

Rétrécissement du rectum.

Presque tous les auteurs confondent les rétrécissements carcinomateux avec les rétrécissements proprement dits, et ceux qui, plus ou moins analogues à ceux de l'urètre, consistent dans une diminution de calibre avec induration simple des parois.

Les rétrécissements dus à des tubercules syphilitiques forment aussi une catégorie à part.

Caractères anatomiques. — Les rétrécissements du rectum qui ne sont ni carcinomateux, ni syphilitiques, n'offrent pas tous la même disposition anatomique : tantôt c'est une sorte de bourrelet circulaire, formé par l'induration et le resserrement du tissu cellulaire sous-muqueux et des autres membranes du rectum, tantôt par une sorte de valvule ou croissant.

M. Laugier décrit ainsi cette dernière variété :

« Chez un certain nombre de malades le rétrécissement n'a pas cette forme; il consiste dans de véritables cloisons placées transversalement, et dont la partie centrale offre une ouverture quelquefois trop étroite pour recevoir l'extrémité du doigt indicateur. Cette disposition valvulaire n'a pas de rapport évidemment avec une affection vénérienne, ancienne ou récente : cependant telle est l'opinion émise par MM. Bérard et Maslieurat-Lagémard, dans leur intéressant mémoire sur les rétrécissements du rectum (*Gazette méd.*, mars 1839). La disposition valvulaire n'entraîne pas d'ailleurs nécessairement la forme circulaire complète; il y a des demi-cloisons, de véritables croissants dont le bord libre, plus ou moins mince, semble purement membraneux; d'autres fois plus épais, il paraît intéresser plusieurs couches des parois de l'intestin. Dans un cas récent observé dans le service de G. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, et dont l'histoire a été publiée dans le journal *l'Expérience*, par M. Demarquay, cette disposition valvulaire existait, et la maladie fut attribuée à la transformation fibreuse du tissu cellulaire sous-muqueux. Telle est, en effet, à en juger par l'aspect de la lésion anatomique, l'une des causes du rétrécissement du rectum. Le rétrécissement peut aller jusqu'à l'oblitération complète ou presque complète; tel était le cas de notre célèbre tragique Talma. » (Laugier, *Dict. de méd.* en 30 volumes, t. XXVII, p. 297.)

Quant au siége de la lésion, il serait difficile de rien dire de précis à ce sujet, à cause de la confusion qui a régné jusqu'ici sur les diverses variétés de cette affection, à tort réunies dans cette même description. Dans leur travail fait en commun (*Gazette médicale*, mars 1839), MM. A. Bérard et Maslieurat-Lagémard disent avoir vu le rétrécissement trente fois à l'extrémité inférieure de l'intestin, et douze fois audessus de la portée du doigt. Selon ces deux auteurs, le siége le plus fréquent du rétrécissement est à deux ou trois pouces de l'anus. M. Laugier confirme cette opinion par les faits tirés de sa pratique. Chez Talma, la lésion existait au niveau de l'angle sacro-vertébral.

Symptômes. — Nous empruntons la description de cette maladie à M. Laugier, qui l'a bien tracée. (*Dict.*, loc. cit., p. 298.)

« Les symptômes qui appartiennent en propre au rétrécissement rectal sont relatifs à la gêne du cours des matières. Constipation opiniâtre, quelquefois suivie d'une diarrhée abondante, causée souvent par l'abus devenu nécessaire des purgatifs; tension du ventre; malaise général, hypochondrie. Plus tard, hoquets, nausées, régurgitations quelquefois d'une odeur fécale. Perte de l'appétit; digestions difficiles, accompagnées de rapports nombreux; amaigrissement progressif; petitesse et

mollesse du pouls; teinte jaune et sécheresse de la peau; douleur et gêne pendant l'émission des urines; pesanteur sur le fondement; douleurs dans les reins, efforts impuissants pour rendre les matières fécales, et qui n'aboutissent à la fin qu'à expulser du sang ou de la sanie fétide. Quand les matières sont rendues pendant la constipation, elles sont passées à la filière. Ces accidents s'accroissent jusqu'à la rétention complète des fèces, qui a lieu ordinairement par les progrès du rétrécissement, et d'une manière intermittente par l'amas et la dureté des matières elles-mêmes. Le ventre est alors extrêmement distendu et douloureux; les douleurs lombaires sont très vives; si le malade est abandonné à lui-même, et qu'une *débâcle* n'ait pas lieu spontanément, il meurt dans un état d'anxiété horrible, et le plus souvent avec une péritonite générale. Le cathétérisme du rectum, les bougies employées pour reconnaître le rétrécissement, le sont aussi pour le dilater; les lavements dont le malade fait un usage habituel ne peuvent bien souvent être gardés. Enfin, un dernier moyen de reconnaître le rétrécissement, et le seul qui soit connu pour apprécier sa longueur, lorsqu'il est encore perméable, c'est d'introduire, ainsi que je l'ai proposé en 1839 (*Bulletin chirurgical*, t. I), une sonde de gomme élastique de moyen calibre, munie à son extrémité d'un petit sac de peau de baudruche pouvant acquérir, par l'insufflation, 15 à 18 lignes de diamètre. Cette extrémité et le petit sac de baudruche traversent facilement le rétrécissement, à cause de la flexibilité de la sonde. Lorsqu'il est dépassé d'environ deux pouces, on insuffle par l'extrémité libre de la sonde le sac de baudruche, et en y retenant l'air, on exerce sur la sonde une traction légère, comme pour la retirer. Elle est arrêtée dans ce mouvement par le sac de baudruche distendu. On conçoit dès lors que, la distance de l'orifice inférieur du rétrécissement à l'anus étant connue et mesurée à l'aide d'une sonde pareillement graduée, la différence de longueur, à partir de l'anus entre celui-ci et le rétrécissement d'une part, et de l'autre le même orifice et le point d'attache du sac de baudruche, sera la longueur du rétrécissement. J'ai employé sur le vivant ce moyen, qui fut du reste dans le temps approuvé par M. Sanson : il est d'une haute importance, en effet, de déterminer la longueur d'un rétrécissement perméable, afin de savoir les chances de succès que peuvent avoir la dilatation, la cautérisation ou l'incision par l'anus.

» La partie de l'intestin située au-dessus du rétrécissement peut se dilater par les matières accumulées, et former ainsi une tumeur, qui, par sa compression latérale sur le rectum vers l'orifice supérieur du rétrécissement, doit accroître les difficultés de leur évacuation. Mais, comme on l'a vu par l'autopsie de Talma, l'espèce de cul-de-sac inférieur que constitue cette dilatation peut adhérer aux parois du rectum, et par un travail morbide, que les travaux de Hunter ont fait connaître, tendre à une communication accidentelle, qui pourrait être un moyen temporaire de soulagement. Les matières pourraient, en effet, s'échapper au moins en partie par cette fistule stercorale colo-rectale. On ne peut compter raisonnablement sur une pareille ressource. Si cette disposition pouvait être soupçonnée pendant la vie, il faudrait de grandes précautions, et qui restent à trouver, pour l'utiliser par une opération, sans risquer l'épanchement stercoral dans le tissu cellulaire du bassin. »

Pronostic. — On peut dire d'une manière générale que le pronostic de cette affection est grave, par les accidents qu'il amène et par la difficulté d'en obtenir la cure radicale.

Traitement. — Dans les cas ordinaires on se borne à la dilatation par les bougies, les mèches et à la cautérisation. L'incision des rétrécissements valvulaires, ou de ceux qui n'ont pas trop de longueur, suivie de la dilatation méthodique, a de bons résultats en général, mais elle expose à des accidents mortels. La dilatation par les mèches progressivementgrossies paraît encore préférable aux autres procédés, lorsqu'elle est applicable.

Quand le rétrécissement est extrême, et la rétention des matières fécales complète depuis plusieurs jours, ou même depuis plusieurs semaines, il n'y a plus de salut pour le malade que dans l'établissement d'un anus artificiel.

Cette opération a été pratiquée sur le côlon ascendant (*obs.* de Pillore), dans la région iliaque gauche (Littre et Duret), dans la région sous-ombilicale (Fine); on a également proposé de le faire dans la légion lombaire gauche (Fine et Dupuytren); enfin Callisen, reprenant une idée déjà émise avant lui, a décrit une opération qui consiste à ouvrir le côlon lombaire gauche à sa partie postérieure, dans le point où il n'est pas recouvert par le péritoine.

Voici comment M. Amussat expose le procédé de Callisen, qu'il a essayé de remettre en honneur :

« La région lombaire, dit-il, comprend deux parties distinctes : la paroi abdominale et l'intestin côlon avec le péritoine qui l'accole à cette paroi, et en forme une des parties constituantes. Le flanc en arrière est un espace quadrilatère circonscrit, en haut par la dernière fausse côte, en bas par la crête de l'os des iles ; en arrière par le bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, et en avant par une ligne perpendiculaire, (cela signifie sans doute verticale) tombant sur le milieu de la crête de l'os des iles. Cet espace, ainsi défini, constitue la région dans laquelle on doit pénétrer pour aller à la recherche du côlon lombaire. On doit étudier couche par couche les divers plans qui forment la paroi de l'abdomen dans cette région. Je me bornerai ici à les indiquer : ce sont la peau, le tissu cellulaire, le tissu adipeux, le muscle grand dorsal, le grand oblique, le petit oblique, le transverse, des aponévroses, le carré lombaire ; les vaisseaux et les nerfs de cette région ; enfin, au-devant de ces diverses parties, le côlon lombaire et le péritoine ; l'intestin en est dépourvu dans son tiers postérieur environ : en ce point, c'est le tissu cellulaire extérieur au péritoine qui lui sert de lame externe ou de gaîne. Cette lame est forte et composée de plusieurs feuillets. L'intestin lombaire, considéré dans ses rapports, est en haut placé audevant du rein, dont il est séparé par la graisse ; au milieu avec le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse, à laquelle il adhère par le tissu cellulaire, qui forme la lame externe du péritoine, l'intestin n'est séparé du carré lombaire que par cette aponévrose et le tissu cellulaire graisseux. En bas il est en rapport avec la crête de l'os des iles. En avant et en dehors le côlon lombaire est en rapport avec les intestins grêles, il est plus ou moins distant de la colonne vertébrale et de l'aorte (côlon gauche), suivant qu'il est contracté ou distendu. Les replis péritonéaux interne et externe forment des angles plus ou moins saillants ; l'extrémité supérieure du repli péritonéal externe est à l'angle de réunion du côlon descendant avec le côlon transverse : elle est ordinairement en rapport avec la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac. Son extrémité inférieure, qui n'a pas de démarcation précise, a pour limite la crête de l'os des iles. » (*Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXVII, p. 303.)

La couleur du côlon lombaire offre parfois un caractère utile à noter : c'est un aspect verdâtre plus ou moins prononcé qui se dessine longitudinalement, tandis que les intestins grêles offrent une teinte jaune. Suivant M. Amussat, que le côlon soit vide ou plein, les rapports de l'intestin avec le péritoine ne changent pas. Jamais, jusqu'à présent, il n'a trouvé le mésocôlon lombaire, ni vu le côlon flottant dans l'abdomen ; il était accolé et adhérent aux parois de cette cavité par du tissu cellulaire. Toutefois l'intestin étant très contracté, il a vu l'intervalle des replis péritonéaux très petits. Les rapports du péritoine sont moins constants du côté droit que du côté gauche.

En insufflant le gros intestin, on voit le côlon se gonfler ; le repli du péritoine, et les intestins grêles sont refoulés ; l'*espace celluleux* s'agrandit en proportion du volume de l'intestin. L'injection d'eau réussit encore mieux que l'insufflation à produire la distension du côlon.

En portant son attention sur les trois bandelettes musculaires longitudinales du côlon lombaire, on s'assure que l'une d'elles est en avant, la deuxième en dehors et la troisième en dedans, de sorte que l'espace celluleux, dépourvu de péritoine, est précisément situé entre les deux bandelettes interne et externe. M. Amussat a généralement trouvé une longueur de dix-huit pouces, de deux pieds ou même de deux pieds et demi à l'S iliaque du côlon. Quelquefois cependant elle était un

peu plus courte. Cette longueur s'opposerait donc, après l'ouverture du côlon, à l'introduction d'une sonde pour dilater le rétrécissement de la partie supérieure du rectum.

En faisant une incision longitudinale trop en dehors, le long du bord externe du carré lombaire, on peut tomber sur la membrane séreuse, surtout quand l'intestin est contracté, et ouvrir le péritoine; mais en incisant en travers, il est plus facile de se diriger pour trouver l'espace celluleux; c'est une des raisons qui fait préférer l'incision transversale (Amussat).

Si la rétention des matières et des gaz n'avait pas donné au côlon un relief suffisant, il faudrait commencer par une injection d'eau. M. Amussat, chez le second de ses opérés, s'est repenti de n'avoir pas pris cette précaution. Le sujet doit d'ailleurs être placé sur le ventre, qu'on soutient à l'aide d'un cylindre fait de traversins roulés ensemble.

Dans l'incision verticale (méthode et procédé Callisen), on ne peut pas prendre pour guide le bord externe du carré des lombes, parce qu'il est impossible de le reconnaître au doigt ou à l'œil à travers les téguments; d'ailleurs ce bord n'est à découvert que dans sa moitié inférieure, et comme il est oblique, il ne peut être parallèle à une incision verticale. Il vaudrait mieux dire qu'il faut inciser à un ou deux travers de doigt et en dehors du bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal; on fait alors l'incision du haut en bas de la dernière fausse côte à la crête de l'os des iles; le grand dorsal est coupé ainsi que le plus souvent le grand oblique, toujours le petit oblique, le transverse, des vaisseaux, l'aponévrose antérieure du transverse, des nerfs, et enfin on tombe sur le tissu graisseux qui recouvre l'intestin, et sur l'intestin lui-même, s'il est dilaté; s'il ne se présente pas, il faut l'aller chercher en arrière sous le muscle carré. L'incision transversale, au contraire, se pratique à deux travers de doigt au-dessus de l'os iliaque, au milieu de l'espace compris entre la crête de cet os et la dernière fausse côte. On commence cette incision au bord externe de la masse commune et on la prolonge jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os des iles. Elle doit correspondre au tiers moyen du bord supérieur de cet os; après avoir incisé la peau et les couches superficielles, on peut diviser crucialement les couches profondes. On soulève avec plus de facilité le carré lombaire, ou l'on incise son bord externe, si cela est nécessaire.

Le temps le plus délicat de l'opération est l'ouverture de l'intestin; si l'intestin contracté ne se présente pas de lui-même, il faut le chercher en arrière. Quelquefois le carré lombaire le cache entièrement; mais sur le vivant il doit être dilaté, soit par les matières elles-mêmes, soit par l'injection que l'opérateur doit avoir pratiquée avant l'ouverture des téguments, et qu'il serait temps encore de faire avant d'ouvrir l'intestin.

On peut ouvrir le côlon soit avec le bistouri, soit avec le trois-quarts. Il est convenable, pour en soutenir la paroi, d'y passer un ou deux fils. Après avoir pratiqué une ouverture suffisante à l'évacuation des matières, on en fixe les bords à la peau par quatre points de suture, comme dans le procédé de Littre perfectionné.

« Maintenant, dit M. Laugier, il y aurait le plus grand intérêt à savoir laquelle des deux méthodes, celle de Littre ou celle de Callisen, doit être préférée dans le cas de rétrécissement du rectum : en faveur de cette dernière, l'absence de lésion du péritoine est certes d'un grand poids; mais cette lésion même n'a pas empêché la méthode de Littre de réussir dans trois cas sur quatre. La méthode de Callisen modifiée compte quatre succès sur cinq opérations. C'est déjà un avantage sans doute; mais il est juste de dire qu'il y a encore un trop petit nombre d'observations pour que dès aujourd'hui la question soit entièrement résolue par les faits. » (*Loc. cit.*, p. 306.)

Il est bien entendu que ce ne sera qu'à la dernière extrémité que le chirurgien se décidera à cette opération, dont le succès a pour résultat la plus dégoûtante infirmité. On n'y a recours que comme à une ressource ultime, quand tout autre moyen laisse la vie en un danger imminent.

M. Vidal, de Cassis, ayant traité à fond l'appréciation de la méthode opératoire, sous le titre de *Parallèle des méthodes de*

Littre et Callisen, nous lui emprunterons ce passage :

« La méthode de Littre pénètre directement dans le ventre : le péritoine étant ouvert, une phlegmasie plus ou moins étendue de cette séreuse est immanquable ; elle est nécessaire par la méthode de Callisen, on ouvre le gros intestin avec la précaution de ne pas léser le péritoine et celle de ne point provoquer la péritonite. On ambitionne les principaux avantages de la méthode, moins la péritonite, moins le fait qui constitue, pour ainsi dire, à lui seul toute la gravité de l'opération. Mais les prétentions des partisans de Callisen sont-elles toujours justifiées? La pratique vient-elle confirmer les prévisions théoriques? C'est là ce qu'on croit de bonne foi avoir démontré. Voyons.

» L'objection première faite à la méthode de Callisen repose sur la disposition anatomique du péritoine dans ses rapports avec le gros intestin. Selon les anatomistes, chez les enfants, cette séreuse forme quelquefois un mésentère à cette partie du tube digestif, et cette disposition peut persister dans l'âge adulte. Alors on ne pourrait pénétrer dans l'intestin qu'en ouvrant le péritoine ; alors l'opération de Callisen n'existerait pas? M. Amussat avance qu'il n'a jamais trouvé jusqu'à présent de mésocôlon lombaire. C'est là une assertion à laquelle j'oppose l'assertion contraire de Sabatier, Boyer, de M. Cruveilhier, lesquels signalent l'existence d'un mésocôlon, ce qui prouverait qu'ils l'ont rencontré. Je me suis livré à quelques recherches anatomiques qui prouvent que le mésocôlon peut exister. J'ai établi aussi que toujours sur une certaine portion du côlon lombaire, on peut décoller le péritoine. Mais cette portion est quelquefois très bornée. Alors, malgré la précaution que l'on pourrait prendre de dilater l'intestin, il sera difficile de trouver un pareil interstice celluleux dans une plaie aussi profonde que celle produite par la méthode de Callisen, et on a les plus grandes chances d'ouvrir le péritoine. Ces difficultés d'exécution n'avaient pas échappé à Sabatier.

» On cite cinq cas d'individus opérés par la méthode de Callisen sans ouvrir la séreuse, mais les preuves sont-elles suffisamment établies? Comment M. Amussat s'est-t-il assuré qu'à son insu il n'avait intéressé le péritoine dans aucun point? On répond que presque tous les individus opérés ont survécu. Mais cela ne prouve pas que la séreuse n'ait pas été atteinte. Il a pu exister, là où le péritoine a été lésé, une inflammation circonscrite qui n'a pas été mortelle, voilà tout. Toutes les opérations par la méthode de Littre n'ont pas été mortelles ; et cependant cette opération fait toujours naître une péritonite.

» Une autre objection qui n'a été adressée par personne, que je sache, à la méthode de Callisen, est celle-ci : Supposez qu'on pénètre toujours dans l'interstice celluleux sans ouvrir le péritoine, s'ensuit-il nécessairement que l'on évitera dans tous les cas la péritonite? Mais du fond de cette plaie pratiquée dans la région lombaire, il faut attirer l'intestin jusqu'au niveau des téguments, et cela ne peut s'exécuter sans décoller ou tirailler plus ou moins le péritoine. Or j'ai dit et prouvé anatomiquement que ce péritoine, au point où il ne pouvait plus être décollé, se déchirait facilement. Pour la cicatrisation des parois d'une plaie si vaste, il se développera un travail phlegmasique étendu qui pourra très bien se communiquer à la séreuse. Dans la ligature de l'iliaque, on n'ouvre pas non plus le péritoine, et cependant un des plus graves accidents de cette opération est une péritonite consécutive. Je ne peux pas établir une similitude complète entre les chances d'une péritonite dans les deux opérations, puisque j'admets que celle de Littre la produit toujours ; mais je ne veux pas non plus que l'on se croie entièrement à l'abri d'une péritonite pour n'avoir pas ouvert le péritoine. D'ailleurs voici ce qu'en pense M. Amussat : J'engage les praticiens à ne pas essayer un procédé aussi défectueux (celui de Breschet), qui consiste à aller ouvrir l'S du côlon sans toucher au péritoine ; il suffirait d'un simple examen pour se convaincre que le décollement du péritoine avec une ouverture à l'intestin expose davantage à la péritonite, que le moindre épanchement peut devenir funeste (p. 197 et 198 du *Premier mémoire de M. Amussat*). Pour ré-

soudre pleinement ces questions, il faudrait des faits nombreux, bien observés, et nous ne possédons que les cinq rapportés par M. Amussat; et ces faits, exposés très longuement, manquent cependant de détails. Pour moi, j'y crois, parce que je crois toujours à ce qu'écrit un confrère; mais la science est plus difficile que moi, et si elle analyse la deuxième observation, voici ce qu'elle trouve.

» Il s'agit d'une femme de soixante ans, affectée d'un cancer de la partie supérieure du rectum. Un anus artificiel fut établi sur le côlon lombaire droit, et la malade mourut le dixième jour après l'opération. C'est le seul cas d'insuccès primitif; il était important de connaître quelle avait pu en être la cause. Dans l'examen des symptômes, nous trouvons, pour le premier jour qui suivit l'opération, l'abdomen un peu douloureux du côté droit et le pouls à 88 pulsations. Le deuxième jour, il n'est plus question de la sensibilité abdominale, du nombre des pulsations, et l'on se contente de dire que la réaction fébrile n'est pas plus forte que la veille. Le troisième jour, il existe quelques douleurs dans les fosses iliaques et le pouls est à 80. Le quatrième jour, on note un érysipèle de la face, même insensibilité du ventre et le pouls à 80. Le cinquième jour, l'érysipèle ou l'érythème, comme le dit l'auteur de l'observation, a disparu; il y a eu des coliques, l'abdomen est un peu douloureux, le pouls est à 92. Le sixième jour, abattement, plaintes continuelles, coliques assez vives, suivies d'évacuations abondantes; le pouls a perdu de sa force et acquis de la fréquence; le nombre des pulsations n'est pas indiqué. A partir de ce jour, les symptômes de l'entérite ont acquis de la gravité, malgré l'emploi de tous les moyens qui auraient dû arrêter la marche de cette affection, les coliques sont devenues plus vives, des vomissements sont survenus; la malade s'est graduellement affaiblie, et succombe le dixième jour après l'opération. Ainsi sur dix jours qu'a duré la maladie, nous n'avons quelques renseignements que sur les six premiers. Il aurait été intéressant de voir si les symptômes d'une péritonite avaient existé; et comment le savoir?

» Voyons l'autopsie. Elle est pratiquée trente-six heures après la mort; la putréfaction du cadavre est assez avancée pour produire une teinte verdâtre de la paroi extérieure de la poitrine et de l'abdomen. Parmi les détails, se trouvent ceux-ci, page 35, ligne 29 : « Il n'y a pas de trace de péritonite; une très petite quantité de sérosité roussâtre est épanchée dans le bassin. » A la page suivante, ligne 38, les faits sont un peu différents, et il est dit : « Il n'existe point de liquide dans le péritoine. » Tout à l'heure il n'y avait qu'un peu de liquide dans la séreuse, et maintenant il n'y en a plus. Mais poursuivons, et voici la cause de l'insuccès. Page 36, ligne 32, on lit : « Les intestins grêles sont enflammés dans plusieurs points; ces traces d'inflammation sont d'autant plus marquées que l'on approche davantage de l'estomac, qui lui-même en est exempt. » On a déjà dit, dans le courant de l'observation, que la malade avait succombé par une entérite; on insiste donc beaucoup sur ces altérations pathologiques, et dans les réflexions qu'elles suggèrent, on ajoute : « L'affection cancéreuse du rectum était ramollie par un travail inflammatoire qui, probablement de proche en proche, avait envahi la membrane muqueuse des intestins grêles. » Mais cette entérite, comment se fait-il qu'ayant son point de départ dans l'intestin rectum, elle soit d'autant plus avancée que l'on se rapproche de l'estomac? Voilà ce que diront les hommes qui désirent des descriptions exactes et non des assertions. L'inflammation a-t-elle pu, de proche en proche, envahir l'intestin grêle en partant du gros intestin, qui n'était pas enflammé? M. Amussat avait probablement oublié cette circonstance notée à l'autopsie. Dans la même page 36, il dit : « Il n'y a pas d'indice bien certain d'inflammation dans le gros intestin, si ce n'est au voisinage de l'ouverture artificielle, où l'on en voit quelques traces. » On voit qu'avec de pareilles observations où les détails les plus importants manquent, où l'on rencontre dix faits contradictoires, la science ne peut se constituer et l'on ne peut répondre aux objections adressées à la méthode de Callisen. Maintenant je vais accepter tous ces résultats bruts, compter les succès et

les insuccès, examiner laquelle des deux méthodes de Callisen ou de Littre a été la plus heureuse.

» La première compte cinq opérations pratiquées par M. Amussat, et ainsi réparties :

1re. Femme de 48 ans.	Vécut 5 mois.
2e. Homme de 62 ans.	Succès persistant après 2 ans.
3e. Femme de 50 ans.	Succès.
4e. Femme de 60 ans.	Morte après 10 jours.
5e. Homme de 57 ans.	Vécut 3 mois.

» En acceptant les faits tels que les a publiés M. Amussat, sans examiner l'opportunité de ces opérations, il y a en résumé quatre succès et un insuccès.

» La méthode de Littre compte un plus grand nombre de cas. Je les transcris tels que M. Amussat les a recueillis :

1re. Homme de 44 ans.	Succès complet. . . .	Opér.	P. Martland.
2e. Femme de 64 ans.	Vivait après 6 mois. .	—	Pring.
3e. Femme de 63 ans.	Vécut 3 mois 12 jours.	—	Fine.
4e. Homme de.	Mort au 28e jour. . .	—	Pillore.
5e. Homme de 47 ans.	Mort 8 jours après. .	—	Frier.
6e. Femme de.	Morte 2 jours après.	—	Velpeau.
7e. Femme de 47 ans.	Morte 24 heures après.	—	Amussat.

» Avant d'établir quelque rapport entre tous ces faits, je dois me conformer à cette règle qu'il faut toujours suivre dans l'appréciation des méthodes opératoires, exclure d'abord les *insuccès* qui ont eu évidemment une autre cause que l'opération. Or, des sept derniers que je viens de citer, trois doivent être rejetés.

» *Premier.* — Le premier est celui de Pillore. Le malade avait pris, plusieurs jours avant l'opération, deux livres de mercure; cette masse pesante, n'ayant point été rendue, avait entraîné le jejunum derrière la vessie. Au vingt-huitième jour après l'opération, quand tout danger semblait passé, quand l'intestin ouvert était adhérent au pourtour de la plaie, éclatèrent des accidents graves qui amenèrent la mort. Cette terminaison funeste trouve son explication évidente dans les désordres qu'avait causés le mercure resté dans l'intestin.

» *Deuxième.* — Chez la malade opérée par M. Velpeau, il existait une péritonite avant l'opération ; aussi ce professeur a-t-il soin de dire que ce fait, dont l'insuccès était presque assuré, ne prouve rien pour ou contre la méthode de Littre. En vain M. Amussat prétend-il que la malade de sa première observation avait aussi une péritonite générale, développée avant l'opération, produite par une affection organique très avancée ; l'autre n'avait qu'une péritonite très douteuse, circonscrite, produite par une hernie crurale développée quatre jours après l'opération, et qui a dû céder à des moyens antiphlogistiques très simples. Toute péritonite qui guérit ainsi n'est pas bien à craindre.

» *Troisième.* — La dernière malade opérée par M. Amussat ne vécut que vingt-quatre heures, et ce chirurgien s'exprime lui-même ainsi : « Les chances de succès étaient si faibles par l'état de la malade, que M. Magendie hésitait à approuver l'opération. Le froid des extrémités, la couleur livide de la peau, le pouls petit et filiforme, tout en un mot annonçait que la malade succomberait malgré cette opération faite trop tard, alors qu'aucune réaction ne pouvait plus s'établir ; c'est-à-dire que l'opération avait été pratiquée sur un cadavre. Ces trois faits retranchés, restent :

Pour la méthode de Callisen, 4 succès sur 5 cas ;

Pour celle de Littre, 3 succès sur 4 cas.

» Maintenant si l'on ajoute que Martin jeune et ses contemporains considèrent le fait de Pillore comme un succès, que devient la réhabilitation de la méthode Callisen? Où est cette grande prééminence qu'on prétend avoir démontrée? Quant à moi, je crois, pour juger de pa-

reilles questions, devoir attendre des faits plus nombreux et surtout mieux observés que ceux que possède la science. Jusque-là, tout en reconnaissant le talent développé dans cette circonstance par M. Amussat, je m'en tiendrai à l'opinion de Sabatier, de Dupuytren, Bégin, Velpeau, Goyrand, etc., opinion qui est aussi celle que M. Marchal (de Calvi) a nettement formulée dans un article inséré dans les *Annales de chirurgie*, sur le premier mémoire de M. Amussat. M. Marchal s'est attaché, en outre, à faire ressortir l'incommodité plus grande d'un anus situé en arrière, comparativement à un anus situé en avant.

» Somme toute, rien ne démontre encore que la méthode de Callisen doive être préférée à celle de Littre. Les faits n'ont pas encore assez parlé pour résoudre définitivement la question. Le raisonnement serait plutôt en faveur de la méthode de Littre, et les autres sont contre celle de Callisen. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathol. ext.*, t. IV, p. 669.)

ARTICLE IV.

Polypes du rectum.

Comme il est impossible, au point de vue pratique, de séparer les rétrécissements, les polypes et le cancer du rectum, nous les avons rapprochés dans la description.

Les polypes du rectum, rares chez l'adulte, seraient, d'après M. Stoltz, plus fréquents chez l'enfant, où un examen insuffisant les a souvent laissé confondre avec la chute de l'intestin. Suivant l'auteur que nous venons de citer, ils seraient de nature muqueuse dans le premier âge; chez l'adulte leur structure a été jusqu'ici mal déterminée. Boyer les a trouvés ordinairement mous et comme variqueux. Il en a opéré un qui était composé de plusieurs lobes, présentant l'aspect d'une fraise de veau, mou, fongueux, marbré, enduit d'une abondante mucosité. Quelquefois le polype est constitué par un corps charnu et spongieux soutenu par les vaisseaux qui le nourrissent, à peu près comme une grappe de raisin suspendue par son pédicule (Ledran). On n'a jamais, que nous sachions, rencontré la structure fibreuse dans ces productions. Parfois le polype est creusé d'une cavité qui contient des matières fécales desséchées et de petits calculs semblables à des grains de froment (Gerdy).

« Les polypes peuvent varier quant à leur insertion, leur volume, leur siége; ils ont une base large ou sont pédiculés; leur volume varie depuis celui d'un pois ou d'une aveline jusqu'à celui d'un œuf de poule. La tumeur citée par Boyer comme analogue aux polypes avait le volume des deux poings. Leur surface est unie, rouge, d'un aspect luisant; elle peut être lobée; la membrane muqueuse du rectum a semblé épaissie au lieu de leur insertion. Leurs symptômes ressemblent à ceux des diverses tumeurs du rectum; ils gênent l'excrétion des matières fécales, causent même des douleurs vives pendant cette fonction; ils donnent lieu à des suintements sanguinolents très fatigants. S'ils sont insérés près de la marge de l'anus, ils sortent à chaque effort de défécation et sont évidemment plus accessibles aux moyens chirurgicaux; situés plus haut, ils causent diverses erreurs, jusqu'à ce que le toucher soit pratiqué. Chez une jeune fille citée par M. Stoltz, on crut à une éruption prématurée des règles. Le toucher même pourrait avoir quelque difficulté à distinguer, à plusieurs pouces dans le rectum, un polype d'une tumeur squirrheuse, ou même, suivant Boyer, d'une invagination du côlon dans le rectum.

» Visibles à l'extérieur, on les a confondus plusieurs fois, suivant M. Stoltz, avec une chute de l'intestin; mais avec un peu d'attention, il est cependant difficile de s'y méprendre. » (Laugier, *Dict.* en 30 vol., t. XXVII, p. 307.)

Il arrive que quelques uns de ces polypes se détachent spontanément.

Obs. « Un malade de trente-six ans, n'ayant jamais joui d'une bonne santé, éprouvait des douleurs vives dans le ventre, de la pesanteur au fondement, etc. A la suite d'un purgatif, une tumeur globuleuse fut expulsée et une hémorrhagie eut lieu. La tumeur survint de nouveau et ne cessa qu'à la sortie d'une nouvelle tumeur semblable à la première. Elle était grosse comme un œuf de poule, à surface lisse, et d'un tissu spongieux. Le pédicule était membraneux, frangé et très court. Une

troisième tumeur fut liée avec une canule de Levret et une corde à boyau, etc. Les accidents se renouvelèrent en s'accompagnant de fièvre, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva le rectum plus épais qu'à l'ordinaire, et à sa surface interne quelques mamelons superficiels, qui, par leur dureté, parurent des cicatrices formées après la chute de chaque tumeur. » (Enaux, *Mémoires de l'Académie de Dijon*, 1783.)

Le *Journal de Siebold*, t. VIII, contient des faits analogues ; mais ce sont là de rares exceptions qui n'empêchent pas que la cure de ces polypes n'exige, en général, l'intervention de la chirurgie. La ligature et l'excision sont les procédés les plus usités. Quoique la ligature ait quelquefois amené la mort, elle réussit ordinairement, et c'est ainsi que Desault a pu faire tomber un polype implanté à six pouces de profondeur dans le rectum.

Cependant l'excision est préférable, quoiqu'elle ne soit pas entièrement exempte de danger du côté de l'hémorrhagie; le tamponnement a été souvent indispensable.

« L'excision ne suit ici d'autres règles que celle des hémorrhoïdes. Il faut préalablement faire sortir le polype, ce qui peut être obtenu par un lavement, un purgatif, le doigt, ou même une érigne ou une pince ; elle pourrait aussi, à une grande hauteur, être faite sur le doigt, à l'aide de longs ciseaux courbes mousses ou du bistouri boutonné. Dans ce dernier cas, l'emploi d'une mèche, et quelquefois du tamponnement, serait acte de prudence chirurgicale. On pourrait toutefois, en restant près du malade un temps suffisant après l'excision, déterminer avec plus de précision les cas où le tamponnement serait utile. Enfin on aurait aussi évidemment la ressource du cautère actuel en roseau sur le point d'insertion du polype. » (Laugier, *loc. cit.*, p. 310.)

Nous ne nous occuperons pas ici des stéatômes, etc., qui n'offrent rien de particulier dans cette région.

ARTICLE V.

Cancer du rectum.

Causes du cancer du rectum. — Les auteurs ne sont pas d'accord sous le rapport de l'influence du sexe. Ils sont bien du même avis pour ce qui concerne la fréquence du cancer secondaire, qui est manifestement plus commun chez la femme que chez l'homme. Ce triste privilége chez la femme vient surtout de la propagation du cancer de la matrice au rectum : voilà donc un point hors de toute contestation. Le cancer du rectum d'une manière générale, mais notamment le cancer consécutif, atteint plus souvent la femme que l'homme. C'est sur le cancer primitif que porte le débat. Les uns, avec Bayle, soutiennent qu'il affecte également la femme plus souvent que l'homme ; M. Vidal, de Cassis, tout en appelant de nouveaux faits, penche évidemment vers l'opinion contraire.

L'hérédité n'a pas été notée dans un nombre suffisant de cas pour qu'on puisse l'accuser avec quelque fondement.

La question de l'influence de l'âge est plus nette : c'est après quarante ans que le cancer du rectum s'observe ordinairement. On ne cite qu'à titre d'exception un fait que M. Cruveilhier a recueilli chez un sujet de trente ans, et surtout celui que Mayo a rencontré chez un enfant de douze ans.

On ne sait pas non plus d'une manière bien précise la part qui doit revenir à chaque profession dans l'étiologie du cancer du rectum. Nous terminerons l'exposition des causes par le passage suivant :

« Il est un fait à la fois curieux et important en physiologie pathologique : c'est que de toutes les parties du canal alimentaire, celles qui présentent des rétrécissements sont le siége le plus ordinaire des altérations les plus graves. Sur ces points rétrécis, on observe des vaisseaux plus nombreux, une sensibilité plus vive, des follicules plus développés, une texture plus épaisse, une organisation plus compliquée. Là existent des points d'arrêt nécessités par les élaborations qui doivent s'opérer immédiatement au-dessus ; là s'exercent des frottements plus durs et quelquefois une sorte d'action élective organique qui accorde ou refuse le passage aux substances étrangères, selon les qualités qu'elles possèdent ou qu'elles ont acquises. S'agit-il d'inflammation aiguë, les endroits que j'indique sont ceux où elles se développent avec le plus d'intensité, ou accompa-

gnées de symptômes spéciaux ordinairement graves. Est-il question des phlegmasies chroniques ou de ces irritations qui, après avoir invahi de grandes surfaces, se limitent et se concentrent sur certaines parties, soyez assuré que vous les trouverez encore presque toujours dans la région que je signale, déterminant les altérations de structure, les désorganisations profondes, les créations des produits mobiles variés qui sont si souvent le désespoir du médecin.

» Ces points culminants en pathologie, si l'on peut s'exprimer ainsi, sont l'isthme guttural, l'entrée de l'œsophage, le cardia, le pylore, les environs de la valvule iléo-cœcale, enfin la partie inférieure du rectum et l'anus. Étudiez les observations, ouvrez les cadavres, et vous trouverez que la très grande majorité des affections morbides, et surtout des maladies chroniques du canal alimentaire, ont sur ces points leur origine et leur siége principal ou exclusif.

» La terminaison inférieure du gros intestin et l'ouverture qui lui fait suite sont pourvues de toutes les conditions qui doivent rendre leurs lésions à la fois très fréquentes et très graves. Un double anneau musculaire entourant l'anus, ne s'entr'ouvrant que par le développement de puissances supérieures; des follicules muqueux considérables destinés à favoriser le glissement des matières à expulser; une sensibilité vive, souvent mise à l'épreuve; des vaisseaux artériels multipliés, et des veines formant un plexus parfois énorme; un réservoir où s'accumulent des substances irritantes par leur volume, leur consistance ou leur composition; dans les deux sexes, le voisinage de la portion la plus active des organes génito-urinaires, dont les excitants, les congestions ou les altérations pathologiques s'étendent facilement aux organes contigus; enfin, les efforts de la toux, de la voix, des grands mouvements musculaires qui retentissent sur la région anale, la pressent et y retiennent le sang veineux : telles sont, non pas toutes (leur énumération nous mènerait trop loin), mais les principales circonstances de structure, de connexion et de fonctions qui rendent le rectum et l'anus si importants en pathologie.

» Ces considérations ne pouvaient manquer de frapper les esprits et d'exciter l'attention des observateurs. Aussi plusieurs des maladies de la portion terminale du tube digestif, considérées autrefois comme assez rares, parce qu'elles n'étaient qu'imparfaitement connues, ont-elles été plus attentivement étudiées pendant les vingt dernières années, et sont-elles devenues depuis quelque temps l'objet d'un intérêt général. » (Bégin, *Ann. de chirurgie*, t. III, p. 181.)

Caractères anatomiques du cancer du rectum. — *a. Siége.* — Le cancer peut occuper un point quelconque du rectum; mais c'est surtout à ses extrémités qu'il se rencontre, et peut-être plus souvent à l'extrémité supérieure (Vidal, de Cassis). On a avancé en Angleterre que la partie postérieure serait plus fréquemment envahie que les parties latérales, antérieure, mais c'est un point à éclaircir. Suivant Delpech, il est rare qu'un point du rectum soit seul affecté; presque toujours le cancer s'étend dans tous les sens, et le rectum n'est plus quelquefois qu'une masse informe creusée d'un passage inégal et tortueux, avec des renflements de la tumeur sur les côtés, en dedans ou en dehors, au point quelquefois de remplir presque le petit bassin et la région anale.

b. Forme. — Le cancer peut être comme *diffus*, comme infiltré dans les membranes de l'intestin, qui sont quelquefois imbibées du suc encéphaloïde. Le tissu anormal peut être uniformément étendu sur une grande surface ou bien disséminé par plaques diversement configurées. Chez notre illustre Broussais, le cancer paraît avoir débuté par une plaque dans la partie du rectum correspondante à la prostate. Quelquefois ces plaques semblent avoir subi une sorte de transformation ligneuse, tant leur dureté est considérable.

C'est surtout le squirrhe qui offre cette forme. Au lieu d'être disséminée, la matière cancéreuse peut être agglomérée sur certains points limités, et constituer de véritables tumeurs qui ont quelquefois jusqu'à six pouces de diamètre (Bayle). Il y a de ces tumeurs qui sont pédiculées et comme polypiformes. Le plus souvent cette dernière variété est greffée sur un fond cancéreux déjà ancien : c'est une végétation

qui a poussé de la surface carcinomateuse. Ces tumeurs pédiculaires sont ordinairement molles, rougeâtres à leur surface, blanches à leur centre, et parcourues par une infinité de vaisseaux, et la vascularisation s'étend quelquefois au rectum, qui est alors comme variqueux. On voit qu'il s'agit ici d'une variété de l'encéphaloïde.

c. Étendue.—Le cancer envahit un côté du rectum, plusieurs points ou tous les points de sa circonférence. De là résultent des rétrécissements de degrés et de formes divers. Ils réduisent quelquefois le calibre de l'intestin à une filière à peine capable de recevoir un stylet de la grosseur d'une paille, ainsi que Ruysch l'a observé sur un de ses amis qui a succombé à cette affection. L'altération organique peut être très avancée sans que le tube intestinal en soit à ce point rétréci. M. Reynaud a présenté à la Société anatomique (*Bulletin*, XIVe année, p. 38) un rectum où l'on voyait un épaississement squirrheux à quatre pouces audessus de l'anus, sans que cet intestin fût rétréci. Cette pièce appartenait à un homme de quarante-cinq ans qui avait eu plusieurs hémorrhagies abondantes par l'anus, et deux mois avant sa mort une diarrhée opiniâtre, du météorisme, et une incontinence de matières fécales.

Le cancer qui retrécit est, suivant M. Cruveilhier, le cancer atrophique, qui, en ratatinant les parois de l'intestin, amène nécessairement la diminution de son diamètre.

Le rectum cancéreux peut être déformé et dévié de plusieurs façons : tantôt la matière cancéreuse, distribuée uniformément dans ses parois, les rétracte inégalement; tantôt elle est limitée sur quelques points, ou bien çà et là plus développée qu'ailleurs. En face d'une plaque indurée, et qui ne cède pas à la pression des matières, est une partie restée saine qui se dilate, et supplée, par cette ampliation anormale, ce que l'intestin avait perdu de son calibre. On conçoit ainsi les causes de déviation et de déformation qui s'observent si fréquemment dans le cours de cette affection.

Les changements dans la direction, dit M. Vidal, de Cassis, pourraient peut-être expliquer les difficultés moins grandes éprouvées par certains malades, lorsque pendant l'acte de la défécation ils prennent des attitudes inusitées et quelquefois bizarres.

Ces déviations ne doivent pas être perdues de vue dans les explorations auxquelles se livre le chirurgien; car cette filière, anguleuse, ou tortueuse, est difficile à parcourir; il est surtout très malaisé de reconnaître nettement la partie la plus élevée du mal, l'anneau supérieur du rétrécissement. Quelquefois le doigt pénètre dans une masse cancéreuse creusée par l'ulcération, quand il croit parcourir encore le rectum. La sonde exploratrice et la sonde à injections pourraient faire fausse route, soit que l'on veuille atteindre l'S iliadu côlon par l'anus, soit qu'après avoir ouvert le gros intestin sur un point de l'abdomen, on veuille parvenir au rectum de haut en bas.

« Le développement irrégulier du cancer, dit M. Vidal, de Cassis, qu'on est obligé de citer souvent ici, et un certain rapport dans les masses dues à son agglomération, peuvent produire un effet opposé à celui que je viens de signaler, c'est-àdire qu'au lieu de la rétention, on observera l'incontinence des matières fécales. Ainsi j'ai observé à l'hôpital Necker une vieille femme qui portait à la partie du rectum un cancer *non encore ulcéré;* il formait deux tumeurs principalement saillantes en avant et en arrière. Ces tumeurs faisaient subir une dilatation latérale à l'anus, qui l'empêchait de retenir les matières fécales. Ici le développement irrégulier du cancer donnait lieu à l'incontinence des matières fécales; tandis que plus haut ou autrement disposé, le cancer aurait donné lieu à la rétention. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 621, 2e édit.)

Le plus souvent on trouve à l'autopsie tous les éléments anatomiques du rectum envahis; cependant lorsqu'un seul est encore atteint, c'est le tissu cellulaire sousmuqueux avec ou sans participation de la membrane interne. Dans le cas d'invasion partielle, les tissus respectés sont quelquefois hypertrophiés, mais le plus souvent ils sont atrophiés.

Les organes voisins sont plus ou moins compromis, d'abord par la compression, ensuite par l'extension de l'ulcération. Chez l'homme, ce sont les voies urinaires, l'u-

rètre dont la compression amène d'abord la difficulté et l'impossibilité d'uriner, et plus tard une fistule par suite de la perforation des tissus. Une fistule recto-vésicale peut également s'établir. Chez la femme, c'est la matrice et surtout le vagin qui souffrent de ce voisinage. Compression, extension de l'ulcération, et par suite perforation, voilà les désordres dont ces organes deviennent consécutivement le siége.

Suivant M. Cruveilhier, la forme du cancer qui s'observe le plus souvent au rectum, c'est la gélatiniforme; d'après M. Vidal, de Cassis, ce serait l'encéphaloïde; souvent c'est la réunion de plusieurs variétés de cancer, de toutes quelquefois, excepté la mélanose, qui ne paraît pas s'être encore rencontrée dans cet intestin.

Symptômes du cancer du rectum — Nous emprunterons la description des symptômes à M. Vidal, qui les a très bien exposés :

« La défécation est nécessairement modifiée, ce qui est une conséquence des altérations de forme, de calibre, de direction de l'intestin malade. Je note, en premier lieu, la rétention des matières fécales, mais sans exagérer la valeur de ce symptôme. Car il est des individus qui n'ont poussé aucune selle pendant des mois entiers, sans en être notamment incommodés. Ainsi M. Tanchou cite une dame qui resta deux mois et demi sans aller à la selle. Elle n'avait aucune espèce de rétrécissement du rectum. Cette constipation, selon M. Tanchou, était due à l'usage abusif des lavements qui avaient affaibli la contractilité intestinale. Le plus souvent la rétention des matières fécales est incomplète, même au dernier terme du mal. Le malade va plus ou moins à la garde-robe; mais c'est généralement après des efforts quelquefois inouïs et ressemblant à ceux de l'accouchement. Le patient n'expulse souvent que quelques parcelles de matières déchiquetées, rubanées ou ressemblant à du macaroni, et cela parfois au prix d'atroces douleurs. Il n'y a nul rapport entre le temps qu'il met à la défécation et la quantité des matières évacuées. Il arrive aussi dans les derniers temps de la maladie, qu'un malade, fortement constipé pousse une selle copieuse, espèce de débâcle qui précède trop souvent la mort. J'ai observé un malade des plus constipés qui, après une hémorrhagie par l'anus, eut des selles quotidiennes pendant fort longtemps. Il est évident ici qu'une ulcération du cancer donne du jeu aux matières qui avaient été opiniâtrément retenues.

» Les matières fécales n'ont pas toujours assez de consistance pour se mouler en rubans, en cordons, comme je viens de le dire. Quand elles sont liquides, elles partent quelquefois par fusées, après une décharge prolongée de gaz fétides. Le même individu, à la même période du cancer, peut offrir des différences dans la forme du boudin stercoral, dans la consistance des matières : ainsi, il n'est pas rare de voir la diarrhée alterner avec la constipation. La diarrhée même peut être continue; aux gaz, aux fèces, aux humeurs stercorales qui constituaient les produits de la défécation normale se mêlent une humeur séreuse, sanieuse, puriforme, glaireuse et des débris du cancer lui-même. Les selles prennent, dans ce dernier cas, l'odeur particulière du cancer.

» Il n'est pas rare de voir les fèces teintes de sang; il coule quelquefois du sang dans les intervalles des selles, ou il est expulsé par caillots. L'hémorrhagie est parfois le premier symptôme qui frappe l'attention du malade et du médecin. Mais la sortie du sang par l'anus étant un symptôme qui se lie à d'autres maladies bien moins graves que celle qui nous occupe, on néglige trop souvent de lui donner l'importance qu'il mérite, surtout si l'on constate en même temps de petites tumeurs souples au commencement du rectum. On a l'habitude alors de ne croire qu'à des hémorrhoïdes, et souvent on regrette de ne pas avoir porté plus loin les investigations.

» Il arrive aussi que la défécation n'est nullement entravée; ou, pour mieux dire, elle ne l'est pas au point de causer au malade un malaise ou des souffrances qui l'obligent à recourir à nos conseils. C'est ainsi que certains cancers du rectum parviennent à une période assez avancée, sans que l'on se doute le moins du monde de leur existence. Ce qui les masque surtout, c'est l'absence de la douleur, celle qui est produite par une fausse interprétation de ce symptôme. Ainsi, on sait que

plus d'une maladie du rectum peut offrir des douleurs ayant la plus grande analogie avec celle du cancer. Ce sont principalement certaines hémorrhoïdes qui produisent des douleurs qui semblent traverser le bassin, retentir aux cuisses, aux aines, absolument comme les douleurs du cancer.

» Ou la sortie par l'anus des matières, des humeurs, est soumise à l'empire de la volonté au moment de la défécation, et elles sont mêlées entre elles; ou bien il y a incontinence. Il vient une période du cancer où la sanie, les glaires, le sang et même les fèces sortent involontairement : c'est la période d'ulcération. Même avant l'ulcération il peut sortir involontairement une ou plusieurs des humeurs indiquées. Alors surtout on observe les pertes de sang, plus rarement l'élimination de portions plus ou moins considérables du cancer. Quand les deux phénomènes se produisent, c'est un encéphaloïde. Ils sont expliqués par le ramollissement, l'ulcération, la gangrène même du cancer. Mais comme, même ce qui est heureux ailleurs, doit devenir fatal ici, le tissu cellulaire cicatriciel devient la base d'un rétrécissement; de là de nouvelles rétentions de matières qui ne cessent qu'après un retour du cancer, auquel le malade succombe nécessairement.

» J'ai déjà parlé d'une disposition particulière des tumeurs cancéreuses voisines de l'anus, qui peut donner lieu à l'incontinence. On conçoit que des tumeurs situées au commencement du rectum puissent, en se développant, comprimer, paralyser le sphincter et produire l'incontinence, quand les matières sont liquides. Les tumeurs, en se développant du côté du sphincter interne, font quelquefois une saillie plus ou moins considérable à l'intérieur. Quand elles régnent sur tous les points de l'anus, elles forment, par ce développement extérieur, un véritable ajoutage du rectum. C'est par le même mécanisme, mais en sens inverse, que l'urètre se trouve prolongé à la faveur de certaines hypertrophies de la prostate. Mais tandis que, pour l'urètre, l'ajoutage a lieu du côté du bassin, le rectum reçoit son prolongement au dehors; peu importe, les résultats sont quelquefois les mêmes. Ainsi, comme on voit le développement intra-vésical de la prostate donner lieu à l'incontinence et à la rétention d'urine, on voit aussi le développement extra-anal du rectum produire la rétention, l'incontinence des matières fécales.

» En parlant des formes du cancer, j'ai fait mention de certaines tumeurs pédiculées, polypiformes; elles peuvent, par les efforts de la défécation, être portées au dehors ou se rapprocher, et donner lieu à des rétentions de matières qui sont augmentées par les efforts mêmes du malade. En sortant de l'anus, elles peuvent être exposées à une espèce d'étranglement, et chassées comme le sont certains polypes de la matrice.

» L'examen du rectum est de toute nécessité pour donner une valeur aux symptômes que je viens de passer en revue.

» Le toucher doit être placé en première ligne, puis viennent le spéculum et l'exploration avec les diverses sondes et bougies, enfin l'injection.

» Le toucher offre des difficultés : il est fructueux quand le cancer attaque la partie inférieure ou la partie moyenne du rectum, et quand il est borné; il offre les plus grandes difficultés et une bien moins grande certitude, si le cancer est voisin de la limite supérieure du rectum, et si, naissant plus bas, il se prolonge en haut et a des bornes mal tracées. Pour retirer tous les avantages possibles du toucher, le chirurgien devra prendre plusieurs positions et varier celles du malade. Celui-ci sera couché sur le dos ou dans les positions classiques pour les opérations de la fistule à l'anus et de la taille sous-pubienne; ou bien on cherchera à rapprocher son attitude de celle d'un quadrupède : il se tiendra sur les mains et les genoux, ou bien encore sera debout devant le bord du lit, sur lequel il se penchera en tournant le dos à l'opérateur. Le chirurgien se placera donc devant ou derrière le malade. C'est en se plaçant derrière qu'il pourra aller plus profondément, surtout s'il dirige le doigt à gauche, et si pendant l'exploration il invite le malade à pousser comme s'il allait à la selle. Il faut que le doigt fasse une inspection détaillée, minutieuse, qu'il ne laisse pas un recoin en avant, en arrière, sur les côtés de l'intestin, et qu'il ne s'en laisse pas imposer par de petites

valvules, par un resserrement spasmodique habituel ou causé par le toucher lui-même. Il ne prendra pas pour un cancer des hémorrhoïdes internes, ce chapelet circulaire de tumeurs qui s'affaissent complétement ou résistent peu, mais reviennent à leur premier état, et offrent d'ailleurs une élasticité que le cancer commençant n'a jamais. Quand par le toucher ordinaire on a pu parvenir à un cancer élevé, M. Amussat conseille à l'opérateur de pousser en haut le coude qui correspond à la main exploratrice avec la main libre, et même de faire pousser ce coude par un aide. De cette manière on refoule en haut le périnée, et l'on atteindrait des cancers qui, sans cette manière, auraient échappé au doigt du chirurgien. Quand on a inutilement tenté d'atteindre le cancer avec le doigt, on doit chercher à le rapprocher de cet organe par des pressions méthodiquement faites sur l'abdomen et dirigées dans le petit bassin. Je dirai qu'en admettant la possibilité de ces dernières manœuvres, on devra les considérer comme d'une utilité bornée, car elles peuvent tout au plus donner une idée sur l'existence d'une tumeur; mais ses limites, sa nature, ne peuvent être appréciées par le bout du doigt qui touche à peine un point très limité du mal. Le doigt est le meilleur appréciateur quand il peut être promené sur toute une tumeur. Alors si sa consistance est considérable, si elle n'a aucune élasticité, si elle est sur les parties latérales du rectum ou en arrière, ou bien si le doigt pénètre dans la tumeur qui se laisse facilement creuser, alors il y a de fortes présomptions pour le cancer. On devra se méfier des tumeurs antérieures, car chez la femme elles peuvent être confondues avec le corps de la matrice, son col et même un pessaire. Chez l'homme, des maladies de la vessie, de la prostate, des calculs prostatiques, ceux de l'urètre et de la vessie, une maladie des vésicules séminales, peuvent répandre de l'obscurité sur le diagnostic. Ainsi, pour la femme, à peine le doigt est-il sorti de l'anus, qu'on l'introduira dans le vagin, pour s'assurer de l'état de ce canal, de celui de la matrice. Cet organe peut être diversement incliné, et si le corps se porte du côté du rectum, on sent, par le vagin, le museau de tanche dirigé du côté de la vessie, tandis que le doigt introduit dans l'intestin constate, à sa partie antérieure, une tumeur mal limitée, plus ou moins mobilisée par des pressions qu'un aide exerce sur l'abdomen; alors on est porté à admettre que la tumeur est formée par la matrice, surtout si la surface est parfaitement lisse. Mais certaines complications jettent quelquefois une nouvelle obscurité sur le diagnostic. En effet, le corps de la matrice ainsi dévié peut lui-même subir la dégénérescence cancéreuse : alors si l'ulcération consécutive ouvre cet organe, le doigt et surtout la sonde exploratrice peuvent pénétrer dans cet organe, ce qui constitue une fausse route. On peut croire alors avoir pénétré dans une vraie tumeur qui fait saillie dans le rectum, et qui aurait été perforée. Quelquefois, au contraire, on peut pénétrer dans la matrice ainsi perforée, parce qu'on a dirigé le doigt en avant, et l'on est en réalité dans le rétrécissement, parce que le cancer a porté fortement en avant la partie supérieure de l'intestin. Un pareil fait s'est présenté à M. Cruveilhier.

» Une antéversion de la matrice a dirigé fortement le col en arrière; ce col a pénétré dans le rectum à la faveur d'une perte de substance de cet intestin; ici, encore, plusieurs causes d'erreurs : on peut prendre le col utérin pour une tumeur cancéreuse, et l'on a vu des mèches être introduites dans la matrice par le museau de tanche. Ainsi les moyens d'exploration par le vagin et par le rectum devront être employés simultanément, car ce n'est qu'après un mutuel contrôle qu'ils parviennent à donner au diagnostic des éléments d'une grande valeur.

» Chez l'homme, c'est le cathétérisme de l'urètre et de la vessie qu'il faut joindre au toucher par le rectum. Ce cathétérisme sert souvent à bien marquer la place de la prostate et de l'urètre, et s'il y a des tumeurs dans ces parties des voies urinaires, s'il y a des corps étrangers, le cathétérisme sert à les déceler.

» L'application du spéculum est difficile, douloureuse et peu profitable. Ou le cancer est à l'extrémité inférieure ou à l'extrémité supérieure, ou bien entre ces deux extrémités de l'intestin; pour l'examen du

premier point, il est plus difficile, il cause plus de douleur et il est d'un avantage plus contestable que le toucher. Les cancers de l'extrémité supérieure ne peuvent être explorés par le spéculum ; car ce n'est pas par le bout interne de l'instrument qu'ils peuvent être vus. Or on sait que la muqueuse rectale, qui est si lâche, forme bientôt un bourrelet qui oblitère plus ou moins cette ouverture du spéculum. D'ailleurs, à sa partie supérieure, le rectum présente ce resserrement bien indiqué par O'Beirn, resserrement qui augmente par l'irritation produite par la présence du corps explorateur. Les cancers de la partie moyenne, renfermés dans certaines limites, peuvent plus facilement, plus fructueusement être explorés ; mais il faut alors se servir d'un spéculum à trois valves. Une ou deux valves pourront être retirées quand le spéculum aura été introduit dans le rectum ; là où les valves manqueront, restera une fenêtre par laquelle on pourra voir le cancer. C'est surtout pour l'application du spéculum qu'il faut avoir égard à la direction et à l'état de spasme du rectum. On devrait donner au spéculum une courbure adaptée à la principale inflexion du rectum : alors une fois qu'il aurait franchi l'anus, ce qui est quelquefois très douloureux ; en le dirigeant à gauche on l'introduira plus facilement. Je voudrais un spéculum ayant une courbure analogue à celle du sacrum ; on le présenterait à l'anus, la concavité dirigée du côté du coccyx ; après un pouce de trajet, on imprimerait à l'instrument un demi-tour de rotation qui amènerait en avant sa concavité. Le mouvement de demi-rotation, qui ressemblerait au tour de maître des lithotomistes, faciliterait l'introduction et placerait le spéculum dans la direction du rectum et de l'os sur lequel cet intestin est appuyé. Mais si l'on se rappelle ce que j'ai dit sur les changements de direction d'un rectum cancéreux, on reconnaîtra souvent la vanité, l'inutilité de ces moyens d'exploration.

» En traçant les règles de l'application du spéculum, j'ai, par anticipation, indiqué la marche qu'il fallait suivre pour l'introduction des sondes, des bougies à empreintes. Les moyens d'exploration sont surtout usités quand le doigt, nu ou armé d'un dé à coudre, surmonté lui-même de phalanges artificielles, n'a pu atteindre le mal. Or, dans ce cas, il est très difficile d'explorer le cancer, et la cire à mouler, en supposant qu'elle parvienne jusqu'au cancer, ne pourra en donner qu'une idée bien incomplète. Les empreintes qu'elle aura reçues seront la plupart effacées quand on retirera la bougie, car il faudra qu'elle parcoure, à son retour, le rectum, et qu'elle franchisse encore l'anus : or il est difficile de croire que cette filière laisse intactes les empreintes qui n'auraient pas été effacées par les divers replis du rectum et par la contractilité spasmodique qui se manifeste souvent pendant les manœuvres d'exploration, surtout à la partie supérieure de l'intestin. L'introduction des sondes est surtout utile pour conduire dans la partie supérieure du rectum, ou au-dessus du cancer, des liquides dans le but de délayer les matières fécales et de faciliter leur expulsion. Ici la sonde à double courant de M. le professeur J. Cloquet peut avoir des avantages. On peut se servir d'une sonde œsophagienne comme celle qui fut employée par Dupuytren, quand il pratiqua le cathétérisme du rectum chez Talma. Il vaudrait mieux cependant, pour plus de certitude d'atteindre la lumière supérieure, employer une sonde courbe ; mais la courbure devra alors appartenir à un plus grand arc de cercle que celui des sondes urétrales.

» Les injections, qui devront d'ailleurs précéder tous les autres moyens de diagnostic, sont elles-mêmes un excellent moyen d'arriver à la certitude. Elles devront être faites avec soin et par le chirurgien même. Si on les confiait à des mains ignorantes, on pourrait être singulièrement trompé par la circonstance que voici : 1° quand le rétrécissement est très élevé, reste au-dessous de lui presque tout le rectum, qui peut se dilater au point d'admettre une certaine quantité de liquide ; ainsi, par exception, cette partie du rectum peut être dilatée : c'est ce que l'on observait chez le malade dont M. Delaberge a publié l'observation ; 2° le liquide peut passer entre la canule et le rectum. Dans les deux cas, la personne ignorante qui a donné le lavement, le malade qui l'a administré lui-même, voyant qu'une assez grande quantité a été épuisée,

assurent que les lavements passent : il faut donc que les chirurgiens sachent à peu près la mesure, la quantité de liquide que peut contenir l'intestin, sans qu'il en passe entre la canule et l'anus. S'il constate ce reflux, après avoir poussé une petite quantité de liquide ; si en même temps il existe un poids considérable au fondement, et des difficultés toujours croissantes pour aller à la garde-robe; si ces trois circonstances sont réunies, on est bien près de pouvoir établir l'existence d'un rétrécissement anal par dégénérescence. L'injection peut entraîner du sang, de la matière fécale. Cette circonstance peut encore éclairer le diagnostic.

» Dans la partie du tube digestif qui est au-dessus du rétrécissement formé par le cancer, il se passe tous les phénomènes produits par toutes les rétentions des matières fécales.

» Avant d'envahir et de détruire les organes contenus dans le petit bassin, le cancer gêne plus ou moins par sa présence leurs fonctions. De là, des phénomènes, des symptômes particuliers dont la connaissance est utile au diagnostic. On conçoit que la tumeur du rectum peut, en empêchant le développement de la matrice, produire l'avortement. Le volume de la tumeur formée par le cancer peut rendre l'accouchement laborieux, en diminuant l'étendue des détroits de bassin, en remplissant plus ou moins son excavation. M. Cruveilhier cite un cas où cette difficulté se présenta ; l'enfant vint mort au terme de sept à huit mois. On voit donc que, s'il n'y a pas eu avortement, il y a eu au moins accouchement prématuré, accouchement difficile et mort de l'enfant.

» *Marche et terminaisons.* — L'origine du cancer du rectum est inconnue, la marche variable, la terminaison fatalement la même, toujours prévue : c'est la mort. Mais à quelle époque l'exécution de ce terrible arrêt? L'ignorance du point de départ du cancer implique l'ignorance du terme de la durée. Bayle compte tous les jours que le malade a à vivre depuis l'époque où il y a eu des douleurs bien marquées du côté du rectum, une constipation opiniâtre ou du dévoiement ; selon le calcul de ce médecin, la durée serait alors de six mois à deux ans. Les cas exceptionnels seraient ceux où la maladie, à partir de ces accidents, aurait duré quatre ou cinq ans. On voit combien les bases de ce calcul sont fragiles. En effet, on peut ainsi commencer à compter un an et plus après l'existence du cancer et seulement à sa dernière période, car il en est qui ne font souffrir et ne dérangent notablement la défécation qu'au moment de l'ulcération. On confond quelquefois le cancer avec les maladies auxquelles il a succédé ou qui en ont été une des causes. Le cancer a donc déjà commencé, que les malades croient n'avoir que des hémorrhoïdes, ou une affection dartreuse, ou une ulcération syphilitique (Bayle). Dans ces cas, il y a du côté du fondement des modifications de la sensibilité, qui ne sont que l'exagération de celle des maladies auxquelles le cancer succède.

» La maladie ne débute pas toujours par des phénomènes qui se passent du côté du rectum. Ainsi, il peut y avoir des coliques, des borborygmes, du ballonnement du ventre sans aucun phénomène du côté du bassin. Le premiers phénomènes se manifestent quelquefois par des souffrances du côté des voies urinaires. Mais, dans le plus grand nombre des cas, apparaissent avant tout des modifications de la défécation ; il y a une constipation qui va toujours en augmentant, qui produit les effets, les accidents déjà décrits.

» On admettra des exceptions, non très rares cependant. Il y a des intermittences, des moments de répit, une espèce de tolérance de la part du mal. M. Cruveilhier parle d'un officier qui avait des accès qui le mettaient à deux doigts de la mort; puis survenait un calme parfait de quatre jours, pendant lesquels le malade revenait à la joie, à l'espérance et jouissait des plaisirs de la table. (*Anatomie pathologique*, 33e livraison.)

» Comme les rétrécissements de l'urètre, les rétrécissements du rectum n'opposent pas un obstacle complétement physique au cours des matières fécales; il y a encore des spasmes, des congestions momentanées accidentelles, des différences dans la digestion, dans les derniers résidus, qui doivent donner lieu à des modifications dans la défécation, et qui expliquent, au moins en partie, les intermittences dont il

s'agit ; quelquefois un purgatif, un bain, un lavement, produisent un bien-être qui passe pour la guérison, tant on a de dispositions à se tromper dans ces circonstances malheureuses. Mais le plus souvent les accès reviennent plus terribles, toujours plus indomptables.

» Il peut arriver, mais très rarement, que le cancer soit éliminé et qu'il y ait commencement de cicatrisation de la solution de continuité laissée par la tumeur qui est tombée. Mais cette cicatrisation ne se complète jamais ; elle est bientôt reprise par l'ulcération qui la dévore. La nature, la forme du cancer peuvent avoir une influence sur la marche des accidents. Ainsi, il est certain que le cancer concentrique, cette espèce de squirrhe avec retrait considérable des parois du rectum vers son axe, doit donner lieu à des accidents du côté du ventre beaucoup plus promptement mortels que le cancer qui se présente sous une autre forme. Mais alors cette autre forme est le plus souvent l'encéphaloïde, cancer dont la répétition dans les viscères est fréquente, et qui, par conséquent, marche presque toujours avec une complication qui hâte le terme fatal. En effet, avec lui est souvent une teinte jaune de la peau qui annonce que le foie participe à la dégénérescence. Ce cancer a une influence plus délétère. D'un autre côté, quand son ulcération commence, elle marche avec rapidité, et c'est lui qui donne lieu aux hémorrhagies les plus abondantes. Ainsi, le cancer concentrique, qui est surtout formé de squirrhe, peut donner lieu à des rétentions de matières, à des accidents du côté du bas-ventre, qui peuvent tuer plus violemment le malade; les autres cancers agissent davantage sur l'ensemble de l'organisme ; ils l'empoisonnent ou l'affaiblissent, ils se lient mieux à la cachexie et au marasme. Le malade meurt donc pour ainsi dire violemment, par des accidents du côté du ventre ou par une espèce de décomposition vivante. Quelquefois la mort arrive au moment où l'on s'y attend le moins; elle n'est pas précédée par de graves accidents; elle a lieu avant que le terme du marasme soit avancé. L'époque de la mort de Broussais était peu prévue, puisque des soupçons d'empoisonnement s'élevèrent, et qu'on crut nécessaire de soumettre les entrailles de cet illustre mort à une analyse chimique.

» Il y a donc une mort violente, une mort par infection cancéreuse. L'infection purulente a eu lieu aussi dans des cas de complication, et l'on a observé des pneumonies finales. Ainsi, M. Cruveilhier croit que c'est par cette inflammation que meurent la plupart des malheureux porteurs d'une dégénérescence. Ce n'est pas tout, car la mort est très fertile en procédés : notons la phlébite et les inflammations du tissu cellulaire du bassin. Un rétrécissement, même un rétrécissement peu considérable, peut faire mourir en annulant peu à peu la digestion. Il y a consensus entre les diverses pièces de l'appareil digestif. Or, quand une d'elles est gênée dans ses fonctions, quand depuis longtemps elle ne fonctionne qu'à demi, les autres se placent plus ou moins à cet état. Ainsi, le malade commence par ne se nourrir qu'à demi ; il craint même parfois de manger, prévoyant les souffrances qu'il se prépare. Le malheureux vit donc à demi : or une pareille existence est facilement renversée par le moindre accident, par la moindre maladie. C'est ainsi que succombent certains individus affectés de cancer du rectum, et cela sans qu'on s'en doute. Il se passe alors ce qui a lieu pour le cancer de l'œsophage non encore très prononcé. L'alimentation a lieu, mais elle est insuffisante ; et quoique le malade ne cesse pas de manger, il meurt d'inanition. Je puis très bien comparer le malade qui est arrivé à ce degré de rétrécissement du rectum à celui qui a un rétrécissement du larynx, de la trachée. Celui-ci ne périt pas toujours par asphyxie, il s'éteint souvent parce qu'il respire à demi. La digestion de l'air se faisant à moitié, il vit donc à moitié. L'hématose étant insuffisante, la nutrition, l'innervation s'affaiblissent, et le malade s'éteint lentement. Pour le dire en passant, beaucoup d'opérés de la laryngotomie meurent ainsi.

» On conçoit que les complications, les maladies intercurrentes peuvent singulièrement hâter le moment de la mort. Ainsi, des chutes d'une partie du rectum, des invaginations du côlon, le prolapsus de la matrice, du vagin, des nécroses du sacrum, comme cela a été observé par M. Costallat; la grossesse, des calculs dans la vessie

et dans d'autres points des voies urinaires, toutes ces circonstances peuvent amener une mort plus prompte. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 635.)

Diagnostic du cancer du rectum.— Après ce qui précède, il ne nous reste plus à parler que du diagnostic différentiel. L'affection qui offre peut-être le plus d'analogie avec le cancer du rectum est l'inflammation chronique de cet intestin. M. Cruveilhier a publié (*Anatomie pathol.*, 15e livraison) une observation instructive à ce sujet.

Obs. « La femme Grason (Victoire), âgée de trente-quatre ans, était à la Salpêtrière en septembre 1832, lorsque je pris le service de l'infirmerie : elle est morte phthisique le 4 décembre 1838. Cette femme me dit avoir été opérée d'un cancer au rectum, et, depuis cette époque, être dans l'impossibilité de retenir ses matières fécales qui tombaient quelquefois par fragments pendant la marche : aussi cette malheureuse s'était-elle condamnée à garder habituellement le lit.

» L'examen de l'anus montrait une cavité infundibuliforme, à base très large, toujours béante et incapable de contraction; aucun suintement purulent n'avait lieu par l'anus; les parties voisines étaient d'ailleurs parfaitement exemptes d'induration. Cette malade étant morte, je dus m'assurer de l'état de l'intestin rectum, et je vis que les cinq derniers pouces de cet intestin étaient complétement dépouillés de membrane muqueuse; que cette membrane se terminait en haut par un rebord circulaire coupé à pic libre, décollé, sans aucune continuité avec la surface sur laquelle la membrane muqueuse avait été détruite; que cette surface dépouillée de membrane muqueuse était recouverte par une cicatrice fibreuse parcourue par des colonnes également fibreuses; que les parois de l'intestin ne présentaient aucune espèce d'hypertrophie, de telle sorte que la cicatrisation paraissait aussi complète que possible. Du reste, point de trace de sphincter, ni même de parois intestinales dans l'infundibulum qui terminait en bas le rectum.

» *Réflexions.* — Je crois être fondé à penser que l'observation qu'on vient de lire présente un exemple d'inflammation chronique du rectum, que la partie inférieure de cet intestin, indurée et rétrécie, a été considérée comme frappée de dégénération; il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'un traitement antiphlogistique, employé en temps utile, aurait pu obtenir une guérison exempte de la dégoûtante infirmité qui résulte du défaut de moyens actifs de rétention des matières fécales. » (Cruveilhier.)

On trouvera dans le grand ouvrage du même auteur d'autres faits de rectite chronique, simulant le squirrhe. Ces inflammations sont sans ulcération, et dans ce dernier cas, de même que l'ulcère chronique du rectum, donnent lieu à des symptômes tellement analogues à ceux du cancer, qu'on les confond sur des malades et même souvent sur le cadavre.

L'inflammation chronique se distingue du cancer en ce qu'elle offre de temps en temps des exacerbations, des signes de phlogose momentanée, dont le tissu cancéreux n'est pas susceptible, au moins à un degré aussi marqué.

Les indurations vénériennes simulent quelquefois le squirrhe de la manière la plus complète. Si l'on veut s'en faire une idée exacte, qu'on se rappelle les ulcères à base indurée du prépuce, ulcères dont la résolution est si difficile et si longue, et amène un rétrécissement du méat. Cette induration ne paraîtrait-elle pas cancéreuse si l'on ne connaissait la fréquence de l'affection syphilitique en ce point? Il faut donc interroger avec soin les antécédents, et dans le doute essayer les antisyphilitiques.

Certains abcès amènent un rétrécissement du rectum accompagné de certains désordres capables d'en imposer si l'on n'apportait à l'examen du malade une très sérieuse attention (Costallat).

Il y a des rétrécissements non cancéreux qui pourraient offrir ce caractère à des médecins inexpérimentés, et la difficulté du diagnostic est souvent très grande sous ce rapport.

Pronostic du cancer du rectum. — C'est une affection très grave par les douleurs et les troubles qu'elle occasionne, par la difficulté et trop souvent par l'impossibilité de l'opération, par le danger de cette

opération en elle-même, et par la récidive qui la suit fréquemment.

Traitement du cancer du rectum. — La thérapeutique chirurgicale comprend ici la dilatation, l'incision, la cautérisation, l'écrasement, la ligature, l'excision et l'extirpation.

a. Dilatation. — La mèche progressivement grossie est le moyen de dilatation qui se présente d'abord et que Desault employait de préférence. Lorsqu'elle est arrivée à un certain volume, on lui donne la forme d'un cône renversé, dont le sommet, dirigé en bas, ne fasse pas subir au sphincter une dilatation forcée. Pour faciliter l'extraction de la mèche, et l'empêcher de s'engager trop avant dans l'intestin, on noue à sa partie supérieure un fil très solide, dont les bouts restent en dehors. C'est là une précaution importante, qu'on s'est repenti d'avoir négligée.

La mèche offre l'avantage de pouvoir être enduite de substances médicamenteuses.

En même temps que Desault employait la mèche, il établissait des compresses graduées soutenues par un bandage, dans le but de refouler les parties extérieures vers l'intestin. C'était à la fois comprimer de dedans en dehors, par la mèche, et de dehors en dedans par les compresses graduées. Cet habile chirurgien obtint des succès; mais la nature cancéreuse des rétrécissements qu'il attaquait ainsi ne paraît pas aujourd'hui suffisamment démontrée.

On a imaginé divers appareils mécaniques pour exercer la compression et remplacer les mèches. Nous commencerons par faire connaître celui de M. Bermond, et nous emprunterons à M. Velpeau la description abrégée qu'il en donne :

« Cet appareil se compose de deux canules longues d'environ 162 millimètres : l'une interne, lisse, terminée en cul-de-sac supérieurement; l'autre externe, ouverte aux deux extrémités et creusée en dehors, d'espace en espace, de rainures circulaires pour y fixer une chemise. On les porte engaînées dans l'organe; avec de longues pinces on glisse de la charpie entre elles et leur enveloppe de linge, de manière à refouler celle-ci en bourrelet annulaire jusqu'au niveau de leur sommet, de manière aussi à comprimer plus fort dans telle direction, moins dans telle autre, suivant qu'on le trouve convenable. On fixe le tout à l'extérieur. Quand le malade a besoin de rendre ses garde-robes, on tire la canule interne sans déranger l'externe, qui peut avoir jusqu'à 14 millimètres de diamètre. Le cul-de-lampe formé par la chemise supérieurement y ramène presque nécessairement les matières, qu'on rend fluides et qu'on délaie, s'il le faut, à l'aide d'injections ou de lavements. On remet ensuite la canule centrale, qui s'engrène par un éperon latéral dans une échancrure que porte la canule engaînante près de son extrémité libre. » (*Nouveaux éléments de médecine opérat.*, tome IV, page 754, 2e édit.)

C'est là un appareil ingénieux, mais que sa complication exclut de la pratique.

Nous passerons rapidement, par la même raison, sur celui de M. Costallat, qui, après avoir proposé un anneau métallique creusé en gorge à sa circonférence, espèce de pessaire pour le rectum, a inventé un appareil ainsi composé : une chemise en forme de condom, qu'un long stylet boutonné précède, et qu'une sonde de gomme élastique conduit, puis qu'on transforme en mèche au moyen de fils de coton qu'un stylet fourchu glisse à son intérieur. Cet appareil offre l'avantage de pouvoir atteindre le mal très haut, *jusqu'à un pied de haut.* Mais cet avantage même entraîne un danger, celui de perforer les parois du rectum. En somme, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, si cet appareil était simplifié, il pourrait rendre des services.

Voici le jugement que M. Vidal, de Cassis, porte de la dilatation :

« Si l'on veut considérer la dilatation comme un moyen palliatif, il n'y a guère d'inconvénients à lui reprocher, surtout si on l'applique quand la dégénérescence cancéreuse n'existe pas encore. La difficulté de l'introduction et la douleur que la dilatation détermine sont des inconvénients sans doute, mais on ne peut pas espérer de se frayer un passage au sein de parties dégénérées coarctées sans éprouver d'obstacles et sans occasionner de douleur. Un inconvénient de la plus haute gravité serait le danger de perforer l'intestin et de

déterminer une péritonite rapidement mortelle, comme cela est arrivé dans un cas de M. Costallat. Mais sans prétendre qu'une telle catastrophe soit impossible, il y a à penser qu'en agissant avec méthode on l'évitera. Chez Broussais, les mèches produisirent un soulagement, au point que le malade se flattait de guérir par ce moyen; mais on ne tarda pas à reconnaître leur insuffisance.

» Ainsi, à la rigueur, la dilatation peut être employée lorsque le rectum est occupé par des productions cancéreuses; mais je restreins ses effets au maintien nécessaire d'un plus libre passage aux matières et aux gaz retenus; la dilatation rentrerait donc dans la classe des palliatifs. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 699, 2e édit.)

b. Incision. — Il est évident que l'incision ne peut intervenir ici que comme moyen adjuvant, pour favoriser l'introduction de la mèche, encore son utilité a-t-elle été contestée ; et surtout on ne conçoit guère comment Witeman, Ford et Copland aient cru guérir le cancer du rectum de cette façon, nous voulons dire par de simples incisions. Il est manifeste que ces prétendus succès reposaient sur une erreur de diagnostic.

c. Cautérisation. — La cautérisation employée par Sanson, avec des porte-caustiques analogues à ceux qui sont usités pour le traitement des rétrécissements de l'urètre, a pu amener ici des améliorations temporaires en désobstruant plus ou moins le rectum; mais elle agit en aveugle, et les dilatations momentanées qu'elle procure sont quelquefois suivies d'une augmentation dans le rétrécissement. C'est ce qui s'est vu chez Broussais, que M. Amussat soumettait à la cautérisation : l'illustre médecin mourut après la quatrième.

d. Arrachement. — M. Récamier y a eu recours; mais ce procédé, bon pour des polypes, serait infidèle pour des cancers, par le danger de laisser une partie du mal à sa racine.

e. Ligature. — La ligature est loin d'échapper entièrement aux mêmes objections; et bien que mise en usage par Desault et par M. Récamier, elle est généralement abandonnée dans ce cas.

f. Excision. — On a décrit sous ce titre l'ablation par l'instrument tranchant des petites tumeurs ou végétations qui pullulent à la surface cancéreuse, ou d'une tumeur unique pédiculée. Il est inutile de s'y arrêter.

g. Extirpation. — L'extirpation s'applique à la tumeur cancéreuse et au rectum cancéreux; nous l'examinerons sous ces deux chefs.

1° *Extirpation du rectum cancéreux.* — Bien que Faget ait, en 1759, pratiqué avec succès l'extirpation de 41 millimètres de la partie inférieure du rectum, et qu'en 1822 Béclard admît et décrivît dans ses leçons cette opération, on peut dire qu'elle appartient à Lisfranc. M. Pinault, un de ses élèves, fit sa thèse sur ce sujet en 1829, et Lisfranc lui-même la publia un peu plus tard (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*, Paris, 1833, t. III, page 291).

Un point préliminaire et capital à établir, c'était la distance qui sépare le péritoine de l'anus, pour fixer la limite où devait s'arrêter l'instrument de ce côté, la hauteur à laquelle il était permis d'atteindre.

Les chirurgiens qui ont fait de ce point anatomique l'objet de leurs recherches ne sont pas d'accord.

Lisfranc dit : « Les recherches nombreuses que j'ai faites à ce sujet m'ont convaincu que le péritoine s'arrêtait à 162 millimètres de la terminaison du rectum chez la femme, et à 108 millimètres chez l'homme. »

D'après Blandin : « Dans l'état normal, le péritoine descend sur le rectum jusque vers un point qui varie, suivant les sexes, jusqu'à 81 millimètres de la marge de l'anus, terme moyen chez l'homme, jusqu'à 41 millimètres chez la femme. » (*Nouveaux éléments d'anatomie*, t. II, p. 187.)

Enfin M. Vidal a trouvé, comme moyenne générale pour les deux sexes, moins de 54 millimètres, mais avec cette réserve, que ses mesures ne lui paraissent pas assez nombreuses (p. 709).

Voici comment Lisfranc pose les indications et les contre-indications de l'opération :

« 1° Il faut, avec le doigt indicateur, qu'on puisse dépasser les limites supérieures du mal, qui a résisté à l'usage de tous les moyens ordinaires, et qui menace le ma-

lade d'une mort certaine. 2° On s'assurera, autant que possible, de l'épaisseur du cancer autour du rectum ; quand le tissu cellulaire qui environne la partie inférieure du canal intestinal est sain, l'intestin est mobile au point de se faire abaisser : notre opinion est qu'alors on doit opérer. Lorsqu'au contraire le cancer s'étend beaucoup plus loin, et qu'il remonte d'ailleurs assez haut, je laisse à l'expérience le soin de décider la question. »

Avant d'entrer dans la description du manuel de l'opération, nous allons donner, d'après Lisfranc, des notions d'anatomie chirurgicale qu'il importe de ne pas perdre de vue :

« 1° Chez la femme adulte, le diamètre antéro-postérieur du périnée est de 27 millimètres ; il peut varier et n'offrir que de 5 à 7 millimètres.

» 2° Dans l'un et dans l'autre sexe, la distance de l'anus à la partie inférieure du coccyx est de 41 millimètres ; l'intervalle qui existe entre l'orifice inférieur du rectum et la base de cet os est de 54 millimètres.

» 3° Chez la femme, une incision ovalaire étant pratiquée à 20 millimètres environ de l'orifice inférieur du canal intestinal, la dissection étant portée jusqu'à l'intestin, sur lequel on exerce de légères tractions, il est possible, comme on peut s'en convaincre sur le cadavre, d'enlever, sans s'exposer à blesser le vagin, 54 millimètres, les faces latérales et postérieure de cet organe. La saillie qu'il forme en avant n'est que de 36 millimètres, à cause des adhérences intimes qu'il a en cet endroit avec le vagin. Ces adhérences, formées par des fibres musculaires, par un tissu aponévrotique et par un tissu cellulaire fort dense et très serré, s'étendent du tissu adipeux sous-cutané à 7 millimètres environ de profondeur. J'ai dit que plus loin on pourra séparer avec le doigt indicateur le rectum du vagin jusqu'à l'insertion du péritoine.

» 4° Chez l'homme et chez la femme, des tractions étant exercées sur le rectum, dont la saillie est déterminée par l'effacement de ses courbures, le péritoine descend à peine de 2 millimètres ; on s'en assure, l'abdomen du cadavre étant ouvert.

» 5° Dans l'homme, après avoir incisé autour du rectum et disséqué jusqu'à cet intestin, on le soumet à de légères tractions ; on peut enlever 41 millimètres de toute sa circonférence sans courir le risque de blesser l'urètre.

» 6° Au-devant de la prostate ce canal n'est en rapport avec le rectum, auquel il n'est d'ailleurs uni, ainsi que la vessie, par un tissu cellulaire fin et élastique, que dans l'étendue de 7 millimètres ; quand l'urètre arrive dans le périnée, il s'éloigne d'autant plus de l'intestin qu'il se porte davantage en avant ; et depuis le point où il abandonne l'intestin jusqu'à la peau, il forme, avec l'axe du canal intestinal, un angle à sinus inférieur d'environ 20 degrés. Les tissus renfermés dans cet angle sont trop connus pour que je les indique ; je ferai seulement remarquer qu'il est impossible de disséquer avec le doigt jusqu'à ce que le bistouri les ait dépassés.

» Les artères hémorrhoïdales intérieures, la branche superficielle de la honteuse interne, la transverse du périnée, les hémorrhoïdales moyennes et les rameaux de terminaisons de l'hémorrhoïdale supérieure, sont les seuls vaisseaux importants qu'on est exposé à léser ; la ligature ou la compression n'en est pas impossible ; on peut répondre de l'hémorrhagie dans l'opération que je vais décrire. »

Nous allons maintenant reproduire le procédé de Lisfranc, tel que le décrit M. Pinault (*Thèse*, 1829).

Procédé de Lisfranc. — « 1° Le malade doit être placé sur un lit ou une table garnie de matelas. Il est couché sur le côté, les cuisses à demi fléchies ; des aides l'assujettissent dans cette position ; l'un deux tend les téguments environnant l'anus, un autre est chargé de présenter les instruments à l'opérateur. Le chirurgien, tenant de la main droite un bistouri convexe en première position, tendant de la main gauche les téguments, fait à 27 millimètres environ de l'orifice anal deux incisions semi-lunaires, comprenant la peau et se réunissant en avant et en arrière du rectum. Il peut arriver, comme je l'ai vu sur deux individus, que des végétations ou des ulcérations carcinomateuses existent sur la peau voisine de l'anus, et qu'il soit nécessaire de faire ces deux incisions à

une plus grande distance du rectum pour pouvoir emporter toutes les parties malades. On dissèque ensuite la peau en dirigeant le tranchant du bistouri vers le rectum; on isole celui-ci de toutes parts. Ces deux incisions ont pour avantage de permettre d'abaisser le rectum et de le faire saillir en bas de plus de 27 millimètres lorsqu'on tire sur lui, après avoir introduit dans son intérieur le doigt indicateur. Quand le cancer est superficiel, qu'il est borné à la muqueuse, ou qu'il ne s'étend pas au delà des tuniques de l'intestin; quand, en même temps, il ne s'élève pas à plus de 27 millimètres au-dessus de l'anus, il est facile, en recourbant le doigt indicateur introduit dans le rectum, et, en tirant en bas, de renverser l'intestin sur lui-même, de manière à mettre toute la maladie à découvert. Il suffit alors de fendre la partie du rectum renversée et de l'exciser en la contournant avec de forts ciseaux courbés sur le plat. Quand la maladie se présente sous cette forme, l'opération est aussi simple que facile à exécuter. Les fibres du sphincter externe ne sont presque jamais enlevées en totalité, et après la cicatrisation de la plaie, les malades ne sont nullement gênés dans l'acte de la défécation.

» 2° Quand le cancer a envahi la totalité des tuniques de l'intestin et le tissu cellulaire qui l'environne; quand il remonte à la hauteur de 54 à 81 millimètres, on ne peut plus mettre en usage le procédé opératoire que je viens de décrire. L'opération devient alors plus compliquée: il faut, après avoir fait les deux incisions semi-lunaires et disséqué la partie inférieure du rectum dans toute sa circonférence, pratiquer avec de forts ciseaux droits, dirigés sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, une incision parallèle à son axe. Cette incision doit être faite sur la partie postérieure du rectum, parce que cet endroit est celui où l'on trouve moins de vaisseaux, et il y a moins à craindre d'ouvrir le péritoine ou de blesser quelque organe important. L'incision doit être prolongée jusqu'au-dessus des limites du mal; elle a pour avantage de permettre de dérouler l'intestin et de laisser voir la maladie dans toute son étendue. Comme il y a toujours dans ces différentes incisions quelques artérioles ouvertes, il faut suspendre l'opération pendant deux ou trois minutes, et placer dans la partie inférieure du rectum et sur la plaie une éponge imbibée d'eau froide. L'astriction produite par le froid arrête complétement le suintement sanguin qui masque les parties sur lesquelles on doit opérer. Quand on retire l'éponge on peut facilement juger de l'étendue du mal et de sa nature. La plaie ne fournit pas plus de sang que si l'on opérait sur le cadavre. On implante alors sur la partie inférieure du rectum deux ou trois érignes, dont on se sert pour le tenir abaissé. »

Chez les femmes, si le mal occupe toute la circonférence de l'intestin, un aide doit porter deux doigts dans le vagin, afin d'abaisser la cloison recto-vaginale.

Lorsque l'opération est faite chez l'homme, on introduit une sonde dans l'urètre, afin de reconnaître ce canal pendant qu'on dissèque la partie antérieure du rectum.

L'opération terminée, Lisfranc faisait le pansement avec un simple linge cératé appliqué sur la plaie.

Procédé de M. Velpeau. — Si l'on a affaire à un anneau cancéreux de 27 millimètres seulement de hauteur, on commence par le fendre en arrière. Il est ensuite abaissé et porté tout à fait en dehors à l'aide du doigt ou des érignes. Ensuite on passe avec une aiguille courbe une série de fils de haut en bas, c'est-à-dire du rectum vers la peau, en dessus de la tumeur, qui est détachée avec le bistouri ou les ciseaux de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, à 5 ou 7 millimètres en deçà de chaque point traversé par les fils. Ces fils, rapprochés et noués immédiatement, servent à opérer la réunion des bords opposés de la plaie.

Lorsque le mal s'élève davantage, M. Velpeau commence par disséquer le cancer de bas en haut, comme dans le procédé ordinaire, et jusqu'à une certaine distance au-dessus de la tumeur; puis les fils sont placés d'espace en espace à travers la partie saine du rectum; puis par l'autre bout à travers la lèvre cutanée de la plaie. Le mal se trouve ainsi circonscrit par les points d'entrée et de sortie des fils. Le cancer est enlevé alors, et les fils sont

réunis et noués comme dans le premier cas.

S'agit-il d'enlever une simple plaque cancéreuse, on en fait l'ablation par deux incisions semi-elliptiques, dont les bords sont à l'instant réunis par quelques points de suture, dans le double but de prévenir l'hémorrhagie et de hâter la guérison.

Après l'extirpation du rectum, M. Velpeau place une mèche dans la plaie, afin de maintenir et de régulariser le canal qu'elle représente.

Accidents. — Les accidents sont l'hémorrhagie, qu'on peut réprimer par le tamponnement ou par les irrigations d'eau froide; l'inflammation suppurative du bassin, la péritonite, la phlébite, auxquelles il faut opposer à leur début les antiphlogistiques. Enfin il est arrivé à Lisfranc lui-même de perforer le péritoine, et le malade était mort douze heures après.

M. Velpeau a perdu 3 opérés sur 6; 2 ont guéri complétement, et le troisième avec une incontinence de matières fécales. On voit donc qu'il s'agit ici d'une opération grave, qu'on ne doit entreprendre qu'après un examen approfondi de l'état du mal contre lequel on la dirige.

2° L'*extirpation des tumeurs cancéreuses* du rectum et de l'anus n'offrent rien de particulier; il est inutile de nous y arrêter.

ARTICLE VI.

Hémorrhoïdes.

Les hémorrhoïdes sont une affection complexe qui consiste dans un écoulement sanguin ou muqueux par l'anus et dans des tumeurs sanguines de l'extrémité du rectum. Ordinairement tumeurs et écoulement se trouvent réunis; et, dans le langage ordinaire, par hémorrhoïdes on entend surtout les tumeurs dont il vient d'être question.

Causes des hémorrhoïdes. — Hippocrate dit avec raison que les hémorrhoïdes ne se développent qu'après l'âge de la puberté. Cette règle souffre peu d'exceptions. La grossesse et l'âge de retour les rendent fréquentes chez la femme, qui, en dehors de ces deux conditions, y est beaucoup moins exposée que l'homme (Vidal, de Cassis). Les tempéraments bilieux et sanguins en favorisent la manifestation.

Caractères anatomiques des hémorrhoïdes. — Ces caractères portent sur deux points, les tumeurs hémorrhoïdales et le flux hémorrhoïdal.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la texture *des tumeurs*, divergence qui provient de deux causes : d'un examen superficiel souvent, et presque toujours d'un examen incomplet, chacun ayant donné comme la règle ce que des faits trop peu nombreux lui avaient offert. C'est ainsi que Ledran et M. Récamier, qui se range à son opinion, représentent les tumeurs hémorrhoïdales sous la forme de grappes dont les grains sont aréolaires et reliés les uns aux autres par une division artérielle. Hogdson, au contraire, les considère comme de véritables varices. Suivant lui, une veine en se dilatant augmente généralement de longueur, et ne pouvant plus être contenue dans l'espace qui lui était destiné, elle prend une disposition tortueuse; et lorsque les parties environnantes ont une texture lâche, ces circonvolutions sont quelquefois repliées les unes sur les autres comme celles de l'intestin grêle, et forment ainsi une tumeur variqueuse. Le sang se coagule quelquefois dans la veine dilatée, et la tumeur devient dure, enflammée, très douloureuse. Plus tard, toujours d'après Hogdson, le coagulum est absorbé, mais les membranes épaissies de la veine et les parties environnantes forment une tumeur qui peut devenir le siége d'une inflammation douloureuse.

Ribes se rapproche de Ledran en admettant la disposition en grappe, et d'Hogdson en rapportant au système veineux ce que Ledran attribuait aux artères. En disséquant la veine mésentérique sur des sujets affectés d'hémorrhoïdes, cet anatomiste a vu les ramifications de cette veine se terminer dans des kystes sanguins. Cette veine étant détachée, les tumeurs hémorrhoïdales appendaient à ses divisions comme des grains de raisin à leur pédoncule commun.

MM. Andral et Briquet regardent également la tumeur hémorrhoïdale comme une phlébectasie. M. Jobert, de Lamballe, qui partage cette opinion, établit qu'à la dissection, la tumeur hémorrhoïdale présente, de l'extérieur à l'intérieur, la peau

ou la muqueuse épaissie ou amincie ; quelquefois une fausse membrane entre le derme, la veine et le tissu sous-muqueux, qui peut augmenter ou diminuer de densité, s'infiltrer, s'amincir ou devenir plus épais ; les parois de la veine variqueuse diversement altérées ; puis le sphincter interne dont les fibres peuvent s'allonger et se mouler à la tumeur hémorrhoïdale.

M. Lepelletier admet (*Thèse de concours*) *des hémorrhoïdes veineuses* et *des hémorrhoïdes érectiles*. Enfin, une question importante de l'anatomie des tumeurs hémorrhoïdales, c'est celle du siége qu'elles occupent. Elles sont internes ou externes, c'est-à-dire placées en dedans ou en dehors de l'anus, et c'est là une distinction capitale au point de vue de la symptomatologie et de la médecine opératoire. Dans l'une et l'autre de ces deux situations, les tumeurs peuvent être pédiculées ou sessiles, isolées ou rapprochées de manière à constituer une sorte de bourrelet.

Voici comment s'exprime Dupuytren à cet égard :

« Les bourrelets internes, recouverts par la muqueuse de couleur violacée, forment dans le rectum une espèce de cloison. Ils présentent entre eux des sillons qui facilitent leur isolement et que l'inflammation fait quelquefois disparaître. Le tissu même de cette membrane offre des renflements veineux, comme des têtes d'épingle qui, lorsqu'ils sont incisés, laissent écouler du sang veineux, ce qui lui donne un aspect spongieux. La muqueuse enlevée, on aperçoit les fausses membranes organisées, ou une tunique cellulaire ; enfin, la membrane musculeuse constitue la tunique la plus externe ; des troncs artériels volumineux sont souvent appliqués sur eux.

» Les bourrelets externes, qui forment une espèce de couronne autour de l'anus, sont composés : 1° à l'extérieur, en grande partie par le rectum, et un peu par la peau ; 2° par les fausses membranes, qui existent souvent dans les bourrelets internes, ou par la tunique nerveuse, qui semble alors se continuer avec le fascia superficiel ; 3° par les veines dilatées, qui constituent les hémorrhoïdes ; 4° par le sphincter externe, qui en embrasse le pédicule et envoie constamment de ses fibres sur elles ; 5° par des filaments nerveux qui rampent à leur surface ; 6° enfin par la graisse qui est quelquefois placée entre la peau et ces tumeurs. » (Dupuytren, *Leçons clin. chir.*, t. IV, p. 120.)

Le *flux hémorrhoïdal* est sanguin, séro-sanguin ou purulent. Son abondance et son retour varient, ainsi que nous le verrons plus loin.

Symptômes des hémorrhoïdes. — Au-dessus comme au-dessous du sphincter les tumeurs sont multiples le plus souvent. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet à celui d'un œuf. Les externes sont recouvertes, soit par la muqueuse, soit par la peau, les internes toujours par la muqueuse. Les hémorrhoïdes peuvent être molles, fluctuantes, indolentes, ou bien dures et douloureuses au toucher. Elles sont ou inégales, ou assez régulièrement globuleuses. La surface en est lisse et polie, surtout au début, ou rugueuse et moriforme ; la couleur varie du rouge au violet foncé, et à la teinte bronzée. Placées tout à fait en dehors de l'ouverture anale, le froissement des vêtements ou des siéges peut les irriter ou les enflammer. Souvent elles déterminent une gêne, un prurit, une titillation, un malaise habituel qui peuvent empêcher le malade de s'asseoir sur un siége ordinaire, et rendre l'attitude verticale et surtout la marche pénible et douloureuse.

Placées dans l'anus même, les tumeurs hémorrhoïdales agissent sur cette ouverture à la manière d'un corps étranger, excitent le ténesme et des envies illusoires et incessantes d'aller à la garde-robe. En jouant le rôle d'un tampon, elles peuvent amener la rétention des matières fécales, et quelquefois leur émission involontaire par la fatigue du sphincter et par le désordre qu'elles occasionnent dans les contractions.

Cette sensation d'un corps étranger est plus prononcée encore lorsque les tumeurs sont au-dessus de l'ouverture anale. Pesanteur habituelle vers le périnée ou le coccyx ; besoin de l'excrétion alvine, surtout lorsqu'elle vient de s'effectuer, comme si les matières fécales étaient en partie retenues dans le rectum : tels sont les symptômes qui s'observent alors.

Assez souvent ce sont là les seuls sym-

ptômes des tumeurs hémorrhoïdales; d'autres fois elles deviennent douloureuses à un haut degré, et déterminent la fièvre et l'insomnie.

Un accident grave dont les hémorrhoïdes internes sont susceptibles, c'est l'étranglement. Poussées au dehors pendant l'acte de la défécation, elles sont serrées par le sphincter qui revient sur lui-même, ne peuvent plus rentrer spontanément et offrent même une grande difficulté au taxis.

Le flux hémorrhoïdal ayant été très bien étudié par M. Vidal, de Cassis, nous allons reproduire la description qu'en donne cet auteur :

« Un phénomène que je dois maintenant étudier avec quelques détails, c'est le flux hémorrhoïdal, qu'il ne faut pas confondre avec tout écoulement de sang provenant du rectum, écoulement qui peut ressembler à celui qui se fait par le nez, c'est-à-dire par simple exhalation, avec l'hémorrhagie traumatique, enfin avec une forme de flux dyssentérique. Le flux réellement hémorrhoïdal est lié à l'existence des tumeurs hémorrhoïdales comme une fonction est dépendante de son organe.

» Le flux hémorrhoïdal s'annonce presque toujours par des phénomènes qui constituent ses prodromes. Ces phénomènes se manifestent sur la localité et ailleurs : ainsi les tumeurs se gonflent et deviennent plus dures; elles sont le siége de titillations, de démangeaisons, et parfois d'élancements passagers. Il y a des pesanteurs de l'anus, et les autres symptômes déjà exposés augmentent d'intensité. Les phénomènes sympathiques sont : un engourdissement général, un malaise universel, un état d'apathie ou d'irritabilité. Les membres inférieurs sont pris de crampes; le malade éprouve un sentiment de tension dans les hypochondres; il y a des borborygmes, de l'anorexie. A ces phénomènes se joignent l'assoupissement, les tintements d'oreilles, des vertiges, la plénitude, l'accélération du pouls. Voilà les prodromes que l'on a observés, mais qui ne se manifestent pas toujours en aussi grand nombre et d'une manière aussi tranchée que dans les livres. Comme le flux menstruel, le flux hémorrhoïdal peut s'établir sans préludes. Le sang ne sort pas toujours de la même manière, il n'a pas toujours le même aspect; sa quantité varie aussi : il commence le plus souvent par un suintement décroissant, il tarit vers le cinquième ou le sixième jour pour revenir ensuite à des époques qui ont fait comparer ce flux au flux menstruel. Il arrive quelquefois que le sang fait irruption, et qu'il coule par jet continu comme après la phlébotomie. Le sang a tantôt les caractères du sang artériel, tantôt il paraît veineux; il peut aussi être un mélange de ces deux sangs. Cette circonstance n'est pas indifférente dans la question d'anatomie pathologique que j'ai agitée en commençant cet article ; elle confirmerait l'opinion la plus sage, celle qui veut que l'élément artériel et l'élément veineux entrent également dans la composition des tumeurs hémorrhoïdales. Quelquefois, au lieu de sang, c'est une humeur blanchâtre, un pus séreux qui constitue le flux. Il est rare alors qu'il n'y ait pas complication.

» La quantité de sang est variable comme celui des règles; quand il en sort une quantité modérée, et d'une manière un peu rapide, le soulagement est rapide aussi. Le malade voit bientôt disparaître les phénomènes signalés sous le nom de prodromes. Mais il arrive aussi que le flux prend le caractère d'une vraie hémorrhagie. Lieutaud, Hoffmann, citent des faits qui prouvent que les hémorrhoïdes ont pu fournir une quantité de sang vraiment prodigieuse. Faut-il croire Tissot, qui dit, dans une lettre à Zimmermann, qu'une femme rendit tous les jours dix-huit onces de sang par les veines hémorrhoïdales pendant un an? De pareils faits me paraissent moins fabuleux depuis que j'ai vu, avec mon confrère M. de Lasalsède, un homme qui a eu pendant douze jours une hémorrhagie nasale des plus abondantes, sans que sa santé parût avoir été le moins du monde altérée. Dans le plus grand nombre des cas, ces flux hémorrhoïdaux immodérés sont de vraies complications qui jettent le malade dans le marasme, surtout quand il se répète. Quand le flux est modéré, il peut opérer des cures de maladies qui ont souvent résisté à une foule de moyens. On sait qu'Hippocrate a dit que si des hémor-

rhoïdes ou des varices s'ouvrent aux fous, ils sont guéris de leur folie. Saviard et M. Récamier, et bien d'autres praticiens, citent des faits très remarquables de cures attribuées aux flux hémorrhoïdaux.

» La suppression du flux hémorrhoïdal a souvent aggravé des maladies existantes et en a fait naître quelquefois de nouvelles. Il se passe, en effet, chez l'homme, qui cesse d'avoir ce flux, ce que l'on observe chez la femme à l'âge de retour. Les dangers attribués à la cessation du flux hémorrhoïdal seront rappelés quand il sera question des indications et contre-indications fournies par les tumeurs hémorrhoïdales.

» Le vrai flux hémorrhoïdal n'existe pas sans tumeurs, mais les tumeurs peuvent exister sans flux. Ainsi, il se fait de temps en temps des turgescences vers le rectum, qui sont sans écoulement de sang, quelquefois même ces turgescences sont périodiques. En effet, pendant trois, quatre, cinq ans, un sujet peut présenter, tous les mois, un développement plus considérable des tumeurs qui sont le siége d'une espèce de dureté érectile, d'une sensibilité vive, sans écoulement, ni sanguinolent, ni autre. Ce sont là de vraies hémorrhoïdes sèches.

» Le développement des tumeurs, leur flux peuvent être continus, intermittents, périodiques. Les causes productrices ont une grande influence sur cette marche. Ainsi, quand la cause est continue, physique, matérielle, l'effet doit être continu : en effet, les hémorrhoïdes causées par des compressions présentent ce caractère. Quand c'est sous l'influence d'une surexcitation locale ou d'un état pléthorique que l'état hémorrhoïdal s'est constitué, on voit apparaître la marche et la forme d'accès, et si des causes plus générales agissent, comme le climat, les saisons, on voit apparaître la périodicité. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 613.)

Diagnostic des hémorrhoïdes. — Les *tumeurs hémorrhoïdales* peuvent être confondues avec les végétations vénériennes, les polypes, les tumeurs enkystées non sanguines, les abcès, le prolapsus du rectum, etc.; mais cette confusion n'est possible qu'à un examen superficiel; le toucher, le spéculum, l'ensemble des symptômes antérieurs ou actuels dissipent facilement l'obscurité. Il en est de même du *flux hémorrhoïdal;* il sera aisément distingué d'une exhalation muqueuse ou purulente qui serait sous la dépendance d'une dyssenterie, d'un polype, etc.

Complications des hémorrhoïdes. — On peut regarder comme de véritables complications des tumeurs hémorrhoïdales, leur volume ou leur nombre excessif, leur suppuration. La fissure à l'anus existe souvent en même temps que les hémorrhoïdes qui en forment le point de départ. L'abondance du flux hémorrhoïdal peut constituer une complication réelle, parce qu'il épuise les malades.

Pronostic des hémorrhoïdes. — Les tumeurs hémorrhoïdales peuvent s'atrophier spontanément et disparaître en totalité ou en partie par résolution. Le plus souvent il reste un bouton allongé, décoloré, flétri. Dans des cas moins heureux, un état habituel de constipation ou de dévoiement entretient les hémorrhoïdes. Quelquefois enfin elles peuvent dégénérer en cancer.

Mais, en général, le pronostic n'est pas grave; il arrive même que cette affection est en quelque sorte un bienfait, et, au lieu de la faire disparaître, il est quelquefois utile de la rappeler ou d'en provoquer l'apparition. Le plus souvent les hémorrhoïdes, par la douleur et la gêne qu'elles occasionnent de temps en temps, constituent une sorte d'infirmité, plutôt qu'une maladie à proprement parler. Mais il est certain nombre de cas où l'intensité des douleurs et des troubles fonctionnels, l'abondance du flux hémorrhoïdal sont un véritable danger pour la santé et même pour la vie. Sous le rapport de la médecine opératoire, les tumeurs internes sont plus graves que les externes, et d'autant plus qu'elles sont situées plus haut; on comprend la raison de cette différence. Enfin il y a la dégénérescence squirrheuse, dont les conséquences n'ont pas besoin d'être indiquées.

Dupuytren a tracé de ces formes graves un tableau qui mérite d'être reproduit :

« Ces deux sortes d'hémorrhoïdes, les unes internes, les autres externes, peuvent, ou non, se rencontrer simultanément; elles forment une réunion de tubercules dispo-

sés en cercle, soit en dehors, soit en dedans de l'anus, et cette disposition leur a fait donner par Dupuytren le nom de bourrelets hémorrhoïdaux interne et externe. L'externe se reconnaît à une rangée circulaire de tubercules lisses et arrondis, d'une couleur brunâtre à l'extérieur, où ils sont recouverts par la peau, d'un rouge vif à l'intérieur où la membrane muqueuse forme leur enveloppe. Rarement ulcérés sur leur face externe, ils le sont fréquemment, au contraire, à leur face interne, et donnent lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes, à des écoulements purulents ou séro-purulents qui tendent à affaiblir les malades.

» L'interne, situé au-dessus de l'anus, et souvent étranglé par les sphincters, par suite de son engorgement ou de la chute de la membrane interne du rectum, (complications fréquentes des tumeurs hémorrhoïdales), donne lieu aux mêmes accidents, et se reconnaît à la teinte d'un rouge vif des tubercules. Les deux bourrelets se présentent quelquefois en même temps chez le même sujet.

» Les individus atteints de cette maladie marchent avec peine dans les rues: arrêtés à chaque instant par la vivacité des douleurs, on les voit, ou porter les mains à leur derrière, ou s'asseoir sur toutes les bornes, dans le dessein de faire rentrer leurs hémorrhoïdes; quelques uns se frottent dans le même but contre les murailles; mais ces moyens ne leur procurent qu'un soulagement momentané, et le retour des douleurs suit bientôt la nouvelle saillie du bourrelet.

» Plus ou moins épuisés par l'abondance et la fréquence des hémorrhagies ou des écoulements séro-purulents, les malades maigrissent, leur peau devient pâle, décolorée, blafarde, semblable à de la cire. Chez deux sujets que nous avons observés dans le service de M. Honoré, à l'Hôtel-Dieu, il y avait au cœur un bruit de souffle extrêmement marqué au premier temps : cette disposition était surtout remarquable chez l'un de ces individus, le bruit du souffle se prolongeait jusque dans les carotides. Ces individus ont l'aspect de sujets épuisés par d'autres hémorrhagies, ou par des suppurations abondantes; ils tombent souvent dans un état de tristesse, de mélancolie profonde : leurs facultés intellectuelles s'affaiblissent, et souvent on les voit attenter à leur vie. Cependant la dégénérescence locale fait des progrès, une affection squirrheuse de l'anus et de la partie inférieure du rectum se déclare, et la mort serait le terme de ces progrès ou le résultat de ces pertes abondantes, si l'on ne s'y opposait efficacement. » (Dupuytren, *Leçons de clin. chir.*, t. IV, p. 122.)

Traitement des hémorrhoïdes. — Deux indications principales se présentent ici, l'une a rapport aux tumeurs, l'autre aux accidents, et surtout au flux hémorrhoïdal.

Ce flux doit être ordinairement modéré ou supprimé : ce qu'on obtient, suivant les cas, par les saignées, lorsque le sujet est pléthorique; par les toniques, s'il est affaibli; en rétablissant le cours régulier des garde-robes, si la constipation est la cause de cet écoulement.

Lorsque la douleur produite par les tumeurs est considérable, on la combat par les bains, les sangsues ou les mouchetures avec la lancette.

Le gonflement des tumeurs cède aux mêmes moyens.

L'étranglement des tumeurs internes entraînées à travers l'anus réclame d'abord le taxis, et, s'il est insuffisant, on le facilite par des scarifications qui amènent le dégorgement des tumeurs; et si l'on échoue, et que l'accident offre de la gravité, on peut être dans la nécessité de débrider l'anus.

Lorsque la maladie atteint la gravité retracée dans le tableau que Dupuytren nous en a laissé, et qu'elle a résisté à des moyens plus doux, une opération est nécessaire; il faut recourir à la cautérisation, à la ligature ou à l'excision. Examinons successivement ces trois opérations.

a. Cautérisation. — La cautérisation au nitrate d'argent ne saurait être utile qu'au début, et le fer rouge est généralement rejeté aujourd'hui.

b. Ligature. — La ligature est également à peu près abandonnée en France. Quoique Mayor en ait pris la défense et que Brodie l'ait employée trois cents fois sans perdre plus d'un malade, elle ne s'est

pas relevée parmi nous depuis la proscription dont J.-L. Petit l'a frappée.

Voici comment cet illustre chirurgien apprécie la ligature des hémorrhoïdes en appuyant son opinion sur des faits :

« Quand on lie les hémorrhoïdes, on ne craint point l'hémorrhagie, mais le malade souffre davantage, et les fils que l'on a coupés à deux ou trois pouces du nœud embarrassent dans les pansements et lorsque le malade va à la selle. Cela arrive surtout quand il y a plusieurs ligatures, et que l'on n'a point arrangé ces fils en rayons, de manière qu'aucun ne passe sur l'anus d'un côté à l'autre ; de plus, si l'on évite l'hémorrhagie en suivant cette méthode, on n'évite pas toujours l'inflammation. Il est vrai que cet accident n'arrive pas ordinairement quand la veine hémorrhoïdale est bien dépouillée des membranes qui la couvrent ; car ce n'est point la ligature de la veine qui la cause, mais celles des filets membraneux et nerveux qu'on lie avec elle. Quoique l'on ne découvre pas exactement les hémorrhoïdes avant que de les lier, ces accidents n'arrivent pas toujours. J'ai vu quelquefois lier des hémorrhoïdes, et je les ai liées moi-même avec la peau ou la membrane qui les recouvre, sans causer aucun accident ; mais il m'est arrivé, comme aux autres, de me repentir de l'avoir fait.

» Obs. 1. Une femme qui, depuis cinq ou six ans, était tourmentée d'hémorrhoïdes, en avait trois sur le bord interne de l'anus, placées presque à égale distance les unes des autres, saillantes d'un travers de doigt, et étroites vers la base. On ne pouvait pas souhaiter une disposition plus favorable à la ligature ; je les liai toutes les trois. Cinq ou six heures après cette opération, qui n'avait été que médiocrement douloureuse, la malade me fit dire qu'elle souffrait horriblement. J'allai la voir : elle se plaignait, non de ses hémorrhoïdes, mais d'une douleur de colique qui se faisait particulièrement sentir dans toute la route du côlon ; tout le ventre commençait d'être douloureux. Je levai l'appareil et je touchai les hémorrhoïdes sans lui causer de douleur. Je la saignai pour la seconde fois ; deux heures après, je lui fis une troisième saignée, puis une quatrième ; mais, le mal allant en augmentant, je jugeai à propos d'ôter les ligatures, et, ne pouvant les délier, parce que les nœuds étaient cachés par le gonflement qui y était survenu, je les coupai : par ce moyen, je soulageai la malade plus que n'avaient fait les saignées, et que n'auraient fait toutes celles que j'aurais pu faire ; car l'inflammation du bas-ventre, et particulièrement celle du gros intestin dont elle était menacée, ayant pour cause les ligatures, ne pouvait être prévenue ou détruite qu'en ôtant cette cause. Quoique les hémorrhoïdes n'eussent été que vingt-quatre heures liées, elles devinrent noires, le voisinage s'enflamma ; il se fit une légère suppuration qui sépara dans l'endroit de la ligature toute la peau qui y avait été comprise. Suivant la route que cette séparation m'avait tracée, je coupai d'abord une de ces hémorrhoïdes, et, comme le sang ne coulait point, j'en fis autant aux deux autres : chacune de ces hémorrhoïdes contenait un caillot noir et dur attaché aux parois de la veine. Quoique les trois plaies ne donnassent que peu de sang, je les pansai avec de la charpie sèche pour cette fois seulement, prévoyant qu'elles pourraient fournir du sang, ce qui arriva et m'obligea de panser la malade moins par nécessité que pour la tranquilliser ; elle fut en peu de temps parfaitement guérie.

» Ces cas et quelques autres presque semblables me dégoûtèrent de cette méthode, et je l'abandonnai après le triste événement que l'on va voir dans l'observation qui suit :

» Obs. 2. M..., que les hémorrhoïdes externes avaient nombre de fois jeté dans des maladies affreuses, forma le dessein de s'en délivrer. La crainte de prendre un mauvais parti l'avait engagé à lire les auteurs et à consulter les plus habiles gens. Ayant combiné tout ce qu'il avait appris des uns et des autres sur la manière de se délivrer de ce mal, il se détermina pour la ligature. Quoique ce ne fût pas le sentiment de la pluralité, il fut préparé à cette opération par les remèdes généraux, les bains, les bouillons altérants, les eaux minérales ferrugineuses. Cinq ligatures lui furent faites par une main habile ; il souffrait peu et s'applaudissait d'avoir pris ce parti. Cinq ou six heures après, il appela l'élève en chirurgie qu'on avait laissé près de lui,

et se plaignit de quelques douleurs qu'il sentait dans la région des reins. Cet élève, qui l'avait déjà saigné, et à qui l'on avait dit de lui faire une seconde saignée en cas qu'il survînt quelques accidents, exécuta les ordres qui lui avaient été donnés ; mais, la douleur augmentant, il fit avertir son maître, qui trouva le malade inquiet et fort agité, le ventre très douloureux, sans être considérablement gonflé, et fit saigner encore le malade et appliquer sur le ventre des sachets remplis d'herbes émollientes renouvelées ou changées d'heure en heure. Tout cela fut inutile ; il survint au malade des nausées, des vomissements et des hoquets. Il était encore dans cette situation quand je me trouvai à la levée du premier appareil vingt-quatre heures après l'opération. Les hémorrhoïdes étaient brunes, mais sans douleur. On s'assembla pour décider ce qu'on devait faire pour remédier aux accidents. On fut d'avis qu'à l'instant il fallait délier ou couper les ligatures, ce qu'on fit. Je compare ces accidents à ceux qui accompagnent les hernies dans lesquelles une petite portion de l'intestin est étranglée. Si ceux qui ont ces sortes de hernies ne sont pas secourus promptement, ils périssent quelquefois en trente ou quarante heures d'une inflammation gangréneuse qui occupe tout le bas-ventre, mais particulièrement les intestins : c'est ainsi que mourut ce malade avant le deuxième jour accompli.

» Je ne crois pas me tromper quand je compare les hémorrhoïdes ainsi liées à une petite portion de l'intestin pincée et étranglée dans l'anneau. La cause du mal et les effets sont les mêmes, comme il arrive souvent que, quoiqu'on réduise l'intestin pincé par l'opération ou autrement, le malade meurt de la gangrène, il arriva aussi que le malade dont il s'agit périt des mêmes accidents, quoique l'on eût coupé les ligatures des hémorrhoïdes, parce que, dans l'un et dans l'autre cas, le mal était trop avancé et le secours vint trop tard. La femme aux trois hémorrhoïdes aurait péri de même si je n'avais prévu assez tôt ce qui pouvait arriver. Après un pareil événement, je me suis bien gardé de lier les hémorrhoïdes avant que de les dépouiller exactement de leurs membranes ; et, quand je les ai dépouillées, à dessein de les lier, souvent j'ai préféré l'amputation à la ligature. » (J.-L. Petit, *loc. cit.*, t. III, p. 563.)

Mon expérience, dit M. Velpeau (*Médecine opératoire*, t. IV, p. 761, 2e édit.), ne me permet pas de partager les préventions de J.-L. Petit contre la ligature ; mais comme l'hémorrhagie interne, attribuée par A. Cooper ou M. Brodie à l'excision, n'a que rarement lieu chez nous, il est tout simple que nous n'ayons pas dans la ligature des hémorrhoïdes la même confiance que ces praticiens. L'excision est donc à peu près la seule opération qu'on doive leur opposer maintenant.

c. Excision. — L'excision est, en effet, la méthode généralement suivie.

1° *Procédé ordinaire.* — Le malade est couché sur le bord du lit, comme pour l'opération de la fistule à l'anus, et le chirurgien se place en face de la partie affectée. D'après Boyer, on doit saisir toutes les tumeurs une à une en commençant par celles qui occupent le point le plus déclive. On se sert de bonnes pinces à griffes, et avec le bistouri ou de forts ciseaux, on enlève les tumeurs. Si elles ne font pas saillie à l'extérieur, le malade les y amène par un effort de garde-robe.

Il y a ici un accident à éviter et contre lequel il faut se tenir en garde, c'est la rentrée des tumeurs encore intactes, par la douleur que produit l'incision de la première. Il est donc important de retenir chacune des tumeurs avec une érigne ou avec un fil qui la traverse : mèche un peu forte, charpie brute, bandage en T, telle est la méthode ordinaire dans toute sa simplicité.

Mais, pour être simple, elle n'est pas toujours sûre. Il y a l'hémorrhagie à craindre, surtout quand l'excision a porté sur des hémorrhoïdes internes. C'est pour combattre cette hémorrhagie et même pour la prévenir que J.-L. Petit avait imaginé son ingénieux tamponnement.

« Il n'est pas difficile d'arrêter le sang au bord de l'anus ; mais la difficulté est grande lorsque le vaisseau est plus avant, dans un lieu où l'on ne peut faire la ligature, et où l'appareil compressif, tel que nous venons de le décrire, ne pourrait se pratiquer ; c'est ce qui m'a fait imaginer un tampon d'une structure particulière.

Je forme avec de la charpie un tampon de figure oblongue, ni trop dur ni trop mou; sur l'un des bouts de ce tampon, je passe en croix deux gros fils; je les réunis à l'autre bout, et, pour les assujettir dans cette situation, je passe circulairement quelques brins de charpie fort longs depuis un bout jusqu'à l'autre; les quatre fils réunis forment un cordon qui doit avoir de 8 à 10 pouces de longueur. Je mouille l'intérieur de l'anus et l'extérieur du tampon avec du blanc d'œuf, ce qui me donne la facilité de l'introduire dans l'anus, au-dessus du sphincter ou du moins au delà du vaisseau ouvert. Le tampon est assez gros pour remplir l'intestin, mais non pas assez pour arrêter l'hémorrhagie. Pour lui donner cette faculté, je prends un autre tampon de charpie, à travers lequel je passe le cordon du premier tampon que je tiens fermé avec l'une de mes mains, et je le tire à moi pendant que, avec l'autre main, je pousse le tampon extérieur, comme si je voulais le faire entrer dans le fondement. Il arrive alors que le tampon intérieur se raccourcit, qu'il s'élargit par conséquent, et vient presser les parois du vaisseau ouvert. La pression est d'autant plus grande, que le tampon extérieur, poussé à contre-sens, lui résiste, et de cette manière le vaisseau se trouve pressé par trois forces, savoir: par la dilatation du tampon intérieur, par sa détermination du haut en bas, et par la pression du tampon extérieur, de bas en haut; il sort au dehors un grand bout de ce cordon, que j'enveloppe dans un linge et que je replie sur la charpie qui fait le tampon extérieur. Je le couvre de plusieurs compresses, puis d'un bandage en T; par ce moyen, ce cordon est arrêté de manière que les deux tampons ne peuvent s'écarter l'un de l'autre.

» La manière que je viens de décrire pour arrêter le sang m'a été utile en bien des rencontres. Je rapporterai quelques cas où, sans secours, les malades seraient morts en peu de temps. » (J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, p. 566.)

Plus loin cet habile chirurgien ajoute, pour établir qu'il est encore plus avantageux de prévenir l'hémorrhagie que de la réprimer :

«... En quelque endroit que soit l'hémorrhoïde qu'on coupe, l'endroit coupé se retire toujours, et cette rétraction est d'autant plus grande que le pédicule est tellement enfoncé dans le rectum, qu'il est des cas où l'on est fort embarrassé d'atteindre l'endroit que l'on a coupé. C'est la raison pour laquelle, à moins que l'hémorrhoïde ne soit hors de l'anus ou fort proche du bord, j'ai la précaution d'avoir mes deux tampons tout prêts, et même, avant que d'opérer, je passe le premier tampon au-dessus du sphincter. Je fais tenir le cordon qui le lie au côté opposé à celui où je dois opérer, et quand l'opération est faite, je place mon second tampon de la manière que j'ai dit. Si le vaisseau coupé fournit beaucoup de sang, je tire le cordon du tampon assez pour l'appuyer sur l'orifice interne du rectum pendant que j'achève mon opération; puis je passe le cordon du premier tampon à travers le second, et je m'en sers comme je l'ai dit. Je ne retire jamais le premier tampon hors du rectum, dans les pansements, à moins que le malade n'ait besoin d'aller à la selle. Avant d'avoir mis en usage ce moyen d'arrêter le sang, j'étais toujours dans l'inquiétude, mais il m'a servi si efficacement que l'ayant appliqué je suis tranquille et je ne crains plus que l'on m'appelle pour arrêter le sang. » (*Œuvres complètes*, p. 563.)

Si ce précepte a l'importance que lui reconnaît J.-L. Petit, il faut donc bien prendre garde de commettre la méprise dans laquelle tomba un jeune homme dont il parle et qui coûta la vie au malade, c'est d'opérer comme une hémorrhoïde externe, une tumeur interne, mais que la constriction de l'anus retenait momentanément au dehors. (J.-L. Petit, *loc. cit.* p. 568.)

Dupuytren reprochait au tamponnement de J.-L. Petit deux inconvénients principaux, c'est que, si la compression n'est pas exacte, le sang peut continuer à couler dans le rectum, et qu'il faut enlever et replacer l'appareil à chaque garde-robe.

M. Lemaire a proposé de corriger ce dernier défaut de la manière suivante :

On choisit une canule de gomme élastique longue de quatre à cinq pouces, et dont le calibre ait le diamètre d'une grosse plume à écrire; cette canule constamment

ouverte à son extrémité supérieure porterait un bouchon mobile à son extrémité inférieure, et elle présenterait à six lignes au-dessous de son orifice supérieur une rainure circulaire, assez profonde pour y fixer une chemise en toile qu'on renverserait ensuite sur elle-même. L'instrument ainsi disposé serait placé dans le rectum, la chemise serait remplie de charpie de manière à exercer une compression convenable sur la plaie résultant de l'excision, et le tout serait maintenu par un bandage en T. C'est tout simplement la canule à chemise employée par Dupuytren contre les hémorrhagies vésicales après la taille; mais Dupuytren préférait le cautère actuel pour reprimer cette hémorrhagie et même pour la prévenir.

Voici, du reste, comment il procédait :

» Une fois le diagnostic établi et l'opération décidée, on fait coucher le malade sur le bord de son lit et sur le côté, ou sur les coudes ou sur les genoux, les deux jambes étendues, ou mieux encore, l'une d'elles fléchie fortement sur la cuisse et l'autre étendue, si le bourrelet est externe, on lui recommande de faire des efforts violents, comme pour aller à la garde-robe; de cette manière, il fait saillie; on le saisit avec des pinces à larges mors, pendant qu'un aide écarte les fesses, et avec des ciseaux longs courbes sur le plat, et dont le modèle a été donné par nous, en quelques coups les tubercules sont excisés; cette manœuvre offre peu de difficultés. Nous avons pour règle de conduite, ajoute M. Dupuytren, de n'exciser qu'une portion de la tumeur saillante au dehors, car si on l'enlevait en totalité, on s'exposerait à de graves hémorrhagies, et à un rétrécissement consécutif de l'anus. En agissant ainsi, on laisse, en apparence, une masse considérable à la marge de l'anus, qui pourrait faire croire qu'on n'a point emporté une quantité suffisante du bourrelet: mais avec la cicatrisation tout rentre dans l'ordre, et l'ouverture revient à l'état normal. C'est ce qui arrive également dans l'excision des amygdales.

» L'excision du bourrelet hémorrhoïdal interne est moins facile; pour en déterminer la saillie à l'extérieur de manière à pouvoir le saisir et l'emporter en entier, on doit d'abord faire placer le malade sur un bain de siège chaud, l'engager à faire de grands efforts d'expulsion. Dès qu'il est sorti, il faut qu'il se couche promptement sur le lit dans la position recommandée ci-dessus, et que l'opérateur, rapide à le saisir, ne lui donne pas le temps de rentrer et l'excise en entier.

» Avant l'opération, Dupuytren avait coutume de faire prendre un laxatif et un lavement; nous verrons plus loin quels sont les motifs de ces précautions.

» L'excision n'est pas sans danger et sans inconvénients; mais ces inconvénients sont peu à redouter, et les dangers peuvent être heureusement prévenus par suite des précautions mises en usage.

» Le danger est tout entier dans l'hémorrhagie qui peut en être la suite; lorsque le bourrelet est externe, le sang jaillit au dehors, l'hémorrhagie est aussitôt reconnue et on l'arrête aisément au moyen de la cautérisation. C'est aussi à la cautérisation avec le fer incandescent qu'il faut avoir recours quand le bourrelet est interne, mais ici l'application est plus difficile, et l'hémorrhagie pourrait être plus facilement méconnue.

» Une fois cet accident déclaré et reconnu, il faut se hâter de faire évacuer le sang contenu dans les intestins en recommandant aux malades de faire des efforts comme pour aller à la selle et en administrant aussitôt un lavement froid, ces efforts d'expulsion amènent toujours la plaie en dehors et au moyen d'un cautère chauffé à blanc que Dupuytren a fait construire exprès, et qu'il nomme *cautère en haricot*, ou d'un autre qu'il appelle *en roseau*, on cautérise le lieu d'où le sang sort en jet. Ce moyen suffit toujours pour arrêter l'hémorrhagie, et jamais, dit Dupuytren, je ne l'ai vu suivie d'un effet dangereux : chaque fois, au reste, que je pratique une de ces opérations, j'ai soin de laisser auprès du malade un aide intelligent qui, aux premiers indices d'une hémorrhagie, soit interne soit externe, applique le cautère et prévient tout danger. » (Dupuytren, *Leçons de clinique chirur.*, t. IV, p. 124.)

Voici un intéressant exemple de l'application de cette méthode.

Obs. 3. « *Excision d'hémorrhoïdes suivie d'une hémorrhagie interne.—Cautérisation.—Guérison.*—Le nommé Malleville, âgé de

trente-six ans, cordonnier, d'une assez bonne constitution, avait des hémorrhoïdes depuis douze ans; il en rapportait l'origine à son séjour en Champagne, où il avait fait de nombreux excès en vin du pays. Il vint ensuite à Paris, où il se livra beaucoup à son travail; ce qui le forçait à rester presque toujours assis. Le flux hémorrhoïdal revenait depuis quelque temps périodiquement tous les mois et même tous les quinze jours. Pendant l'accès, dont la durée était de plusieurs jours, il s'écoulait par l'anus beaucoup de matière muqueuse et du sang en grande quantité, au point que la santé du malade en fut altérée; car de frais et replet qu'il était il devint pâle et maigre. Le dernier accès fut plus violent que les autres : les tumeurs hémorrhoïdales acquirent une grosseur considérable, et donnèrent lieu à un écoulement très abondant de sang. Il s'y joignit une inflammation très vive à l'anus, suivie d'une constipation opiniâtre et d'une rétention d'urine. Le malade, saigné deux fois chez lui et n'éprouvant presque aucun soulagement, se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu.

» Quand il se présenta à la consultation, il pouvait à peine marcher, à cause de sa faiblesse et des douleurs très aiguës qu'il éprouvait à l'anus; ces douleurs étaient produites par un bourrelet hémorrhoïdal de la grosseur d'un œuf ordinaire, formé de plusieurs hémorrhoïdes tendues et d'un rouge livide; elles étaient comme étranglées par l'anus et semblaient être prêtes à tomber en gangrène; le malade, du reste, était dans un état assez fâcheux : ainsi, le ventre était tendu, douloureux à la pression, les urines retenues, la fièvre intense et la figure un peu décomposée.

» Le premier soin fut de mettre le malade au bain, et d'appliquer sur l'anus des compresses trempées dans l'eau de guimauve avec un peu de laudanum. Les douleurs se calmèrent, la rétention d'urine cessa, mais les hémorrhoïdes ne diminuèrent que fort peu de volume; un autre bain, administré le lendemain de l'entrée, fit tomber encore l'inflammation des tumeurs, et comme le malade était presque à chaque accès aussi fatigué qu'à celui-ci, on jugea à propos d'exciser ses hémorrhoïdes dans le double but de faire cesser les accidents et de prévenir de nouveaux accès.

» Il n'y avait point de doute qu'avec des sangsues, des fomentations émollientes, des bains, des lavements, le repos et des boissons appropriées, on n'obtînt la guérison de la crise actuelle; mais il était évident qu'un pareil traitement ne pouvait être que palliatif, et que les accidents se reproduiraient à une époque plus ou moins rapprochée, suivant la conduite hygiénique de ce sujet.

» On se demandera peut-être quels inconvénients il y aurait à faire usage du traitement palliatif à chaque retour de crise. C'est la méthode adoptée par beaucoup de médecins; c'est aussi celle que préfèrent un grand nombre de malades qui redoutent l'opération. Il arrive quelquefois, en effet, que les guérisons momentanées reculent le retour des crises et les rendent plus rares. Mais plus souvent encore elles se rapprochent, et la santé du malade s'altère visiblement. Ce motif, quelque valable qu'il soit, n'est rien encore en comparaison des effets fâcheux qu'entraîne ordinairement la persistance de la maladie. Souvent les bourrelets, tant externes qu'internes, deviennent squirrheux; quelquefois ceux-ci, en se développant, remontent dans le rectum à une hauteur à laquelle on ne peut plus atteindre, et la dégénérescence se propage dans l'intérieur de l'intestin. A ces conséquences fâcheuses, si vous joignez l'état général du sujet qui révèle une atteinte profonde portée à l'économie, vous jugerez comme moi, dit Dupuytren, qu'il est nécessaire de pratiquer l'excision dans le cas actuel.

» Mais, encore une fois, ne croyez pas qu'en émettant cette opinion je prétende qu'il faille toujours pratiquer l'extirpation des hémorrhoïdes; j'ai d'ailleurs indiqué plus haut dans quelles circonstances elles devaient être abandonnées à elles-mêmes ou enlevées par l'instrument tranchant.

» Après ces considérations préliminaires, Dupuytren ordonne qu'on amène le malade; il est placé sur le lit, le ventre appuyé sur un oreiller; le bourrelet d'hémorrhoïdes, très saillant, le devient encore davantage quand on a engagé le malade à pousser comme s'il allait à la garde-robe; on voit alors très distinctement deux ran-

gées d'hémorrhoïdes, l'une externe, formée de tumeurs dont la surface était moitié muqueuse et moitié cutanée; l'autre interne, formée de tumeurs développées aux dépens de la membrane muqueuse du rectum.

» L'excision de ces tumeurs est faite avec des ciseaux courbés sur le plat; on a soin de ménager les hémorrhoïdes externes, dans la crainte qu'en excisant trop la peau on ne rende l'anus trop étroit. L'excision achevée, il s'écoule du sang en nappe de la surface des plaies, mais comme il paraît s'arrêter, on ne cautérise pas, pour ne pas augmenter l'inflammation de l'anus sans nécessité.

» La cautérisation, ajoute Dupuytren, quoique certaine dans ses résultats, a quelque chose d'effrayant pour les spectateurs. Je vous ai entendu plus d'une fois frissonner à l'aspect du fer rouge et du nuage de fumée qui s'élevait des parties brûlées. Jugez de l'impression qu'un semblable appareil doit produire en ville sur les amis, les parents des malades, qui ne sont pas comme vous familiarisés avec des tableaux de ce genre. Cependant, dans la crainte qu'il ne survienne une hémorrhagie, nous recommandons à l'interne de garde de surveiller l'opéré avec le plus grand soin, et d'appliquer immédiatement le cautère si le sang venait à s'épancher dans le rectum. C'est également pour éviter cette terrible complication que j'ai pour principe de ne faire le pansement que plusieurs heures après l'opération, parce qu'il serait à craindre que les pièces de l'appareil n'empêchassent le sang de s'écouler en dehors, et ne le fissent ainsi refluer dans la partie supérieure de l'intestin.

» L'hémorrhagie externe est facile à reconnaître, on parvient facilement à l'arrêter; l'hémorrhagie interne, favorisée par la chaleur du lieu, est plus obscure et beaucoup plus à craindre, à cause des obstacles que l'on peut éprouver à la faire cesser.

» Le malade dont il est ici question présenta un exemple de cette hémorrhagie interne; elle s'annonça au bout d'une heure de l'opération, par la tendance à l'assoupissement, par de la faiblesse, des étourdissements, des tintements d'oreille, par la chaleur et de la tension dans le ventre, surtout dans la région de l'S du colon; le malade avait des ténesmes et des besoins fréquents d'aller à la selle sans pouvoir se satisfaire. Il se joignit bientôt à ces signes une grande pâleur avec tremblement général et syncopes fréquentes; le pouls était presque imperceptible et la peau se recouvrait d'une sueur visqueuse et froide. A ces signes il était impossible de méconnaître l'hémorrhagie, et elle pouvait devenir mortelle si on ne l'arrêtait sur-le-champ. Je fis donc administrer, comme il avait été dit, deux lavements d'eau froide, dans le but de solliciter le rectum à se contracter pour chasser le sang et faire saillir les vaisseaux à l'extérieur, afin de les cautériser. Le but qu'on s'était proposé fut très bien rempli. Le malade rejeta au moins quatre palettes de sang caillé. Les points d'où le sang s'écoulait en nappe vinrent près de l'orifice de l'anus et purent être cautérisés avec le fer rouge. La douleur fut des plus vives, mais l'hémorrhagie fut suspendue. Des linges chauds et des sinapismes aux jambes ranimèrent le malade. Il se trouva bientôt dans un état meilleur sous tous les rapports, mais il éprouvait toujours de la cuisson à l'anus, de la constipation et une rétention d'urine.

» La cuisson s'expliquait par l'inflammation causée par le cautère; elle diminua chaque jour par l'usage des émollients; la constipation, qui tenait à la même cause, cessa à mesure que l'anus devint moins sensible; une cuillerée d'huile de ricin sollicita plusieurs selles qui furent un peu douloureuses, mais qui ne déterminèrent ni inflammation, ni écoulement de sang. La rétention d'urine causée par l'extension de l'inflammation de l'anus au col de la vessie, nécessita pendant plusieurs jours le cathétérisme; elle se dissipa sous l'influence des fomentations émollientes sur l'hypogastre et des bains tièdes. » (Dupuytren, *Leçons de clin. chir.*, t. IV, p. 129).

Il ne faut pas oublier que c'est plusieurs heures après l'opération que l'hémorrhagie se déclare ou reparaît, et rester dans une sécurité funeste. Lorsque les tumeurs étaient situées à une certaine profondeur, Dupuytren cautérisait immédiatement dans le but de prévenir l'hémorrhagie.

M. Velpeau élève des doutes sur la convenance de cette pratique.

« Je ne sais même, dit-il (*Médecine opératoire*, t. IV, p. 765), si le cautère est bien réellement indispensable. Les vaisseaux artériels qu'on divise sont si peu importants qu'au premier coup d'œil leur blessure ne semble pas devoir être bien dangereuse. Abandonnées à elles-mêmes, ces bouches vasculaires ne tarderaient pas probablement à cesser de fluer, et je ne serais pas étonné que les précautions recommandées pour prévenir l'hémorrhagie ne fussent souvent la cause de son apparition. Il me paraît donc que, dans la plupart des cas, on pourrait s'en passer; que c'est par excès de prudence qu'on doit les prescrire quand la perte de sang ne paraît pas d'abord avec abondance. Qui empêcherait, après tout, d'y recourir plus tard, dans les cas où l'hémorrhagie viendrait à continuer d'une manière inquiétante? Rien n'est plus facile, lorsque les plaies sont à l'extérieur. Si elles étaient plus profondes, en faisant quelques efforts le malade les mettrait bientôt sous les yeux de l'opérateur, qui, dès lors, pourrait les cautériser sans peine. Enfin le tamponnement serait une ressource dernière qu'il serait toujours temps d'appeler à son secours. Deux malades chez lesquels je me suis ainsi comporté en 1831, à la Pitié, n'ont point eu à s'en repentir. Il en a été de même d'une infinité d'autres que j'ai opérés depuis. J'en ai cependant vu succomber trois : un à une infiltration purulente du tissu cellulaire du bassin; le second à une phlébite; le troisième à un érysipèle, à la suite de l'excision d'une simple tumeur pédiculée. »

Les cas heureux de M. Velpeau prouvent que le danger que Dupuytren voulait prévenir était moins constant que ne le pensait le chirurgien de l'Hôtel-Dieu; mais les observations d'hémorrhagie n'en subsistent pas moins et conseillent une grande prudence. Nous ajoutons qu'elles seraient assez significatives pour engager à suivre la voie tracée par J.-L. Petit et Dupuytren, si M. Velpeau lui-même n'en avait pas ouvert une qui nous semble meilleure.

M. Velpeau la décrit (*loc. cit.*) dans les quelques lignes que nous allons reproduire :

« Espérant éviter mieux l'hémorrhagie, l'inflammation et l'infection purulente, j'ai imaginé de réunir les plaies de l'excision des tumeurs ou des bourrelets hémorrhoïdaux par première intention; pour cela je fixe au dehors, avec une érigne, chaque tumeur à enlever; et j'en traverse la racine avec un nombre suffisant de fils, coupant aussitôt les tissus au-devant avec le bistouri ou de bons ciseaux; je n'ai plus qu'à saisir successivement tous les fils pour les nouer et compléter autant de points de suture simple. Les mèches, le tamponnement sont alors inutiles, et la guérison est souvent complète du dixième au quinzième jour. » (Velpeau, *Méd. opér.*, t. IV, p. 765.)

Quel que soit d'ailleurs le procédé qu'on emploie en vue de l'hémorrhagie, voici un précepte que donnait Dupuytren, et qui n'avait pas toute la valeur qu'il lui attribuait, mais auquel il est bon de se conformer cependant, sauf à aller plus loin, s'il était inefficace.

« Une fois l'excision d'un bourrelet externe faite, la cicatrice qui se forme soit par la constriction du sphincter lui-même, soit par la tension des téguments de l'anus, suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour s'opposer efficacement à la sortie du bourrelet interne, et on peut alors se dispenser d'avoir recours à l'excision de ce dernier. Cette seconde excision du reste, comme celle du bourrelet externe, est ordinairement sans récidive du mal, et les individus sont guéris pour toujours de leur infirmité. » (Dupuytren, *Leçons de clin. chir.*, t. IV, p. 128.)

Quel que soit également le procédé d'excision suivi, il faut introduire une mèche dans le rectum pour en prévenir le rétrécissement. Dans un cas où ce moyen n'avait pas été négligé, Boyer fut plus tard obligé de fendre cet intestin. J.-L. Petit avait déjà insisté sur cet accident consécutif dont il a laissé cet exemple :

Obs. 4. « Il m'est arrivé d'en avoir un de cette espèce; je lui avais coupé un bourrelet d'hémorrhoïdes dures, toutes adhérentes, la plupart ulcérées, et qui bordaient presque la circonférence du rectum, l'hémorrhagie avait été considérable, je l'avais arrêtée avec deux tampons; il fut cinq jours sans aller à la selle, et par conséquent cinq jours avec le premier tampon; car je ne

l'ôte, comme j'ai dit, que le plus tard qu'il m'est possible, parce que si les caillots qui bouchent les vaisseaux ne sont pas assez solides, en les retirant on les détache, et l'hémorrhagie recommence. Je le pansai avec la tente couverte de digestif : elle entra avec facilité ; il ne s'en plaignit pas d'abord ; mais quelques heures après, soit qu'il sentît effectivement de la douleur, soit qu'indiscrètement quelqu'un lui dît que je lui avais mis cette tente, il m'envoya prier de la lui ôter, ce que je ne voulus point faire, et lui ayant dit les raisons pour lesquelles je la mettais, il parut s'y rendre pendant quelques jours, je trouvai la tente à sa place, par la suite il me trompa, me disant, quand je ne l'y trouvais pas, qu'il l'avait ôtée pour aller à la selle; mais je connus bien qu'il m'en imposait, car de jour en jour l'anus se rétrécissait, et alors lui causait beaucoup de douleur en introduisant la tente, quoiqu'elle ne fût pas plus grosse qu'à l'ordinaire, il ne voulut absolument plus que je m'en servisse; il eut lieu de se repentir de m'avoir trompé, car étant guérie, l'ouverture de l'anus était si étroite qu'à peine y pouvait-on passer un canon de seringue; lorsque les matières étaient liées, elles sortaient comme d'une filière, s'arrangeant dans son bassin comme un paquet de ficelle tortillée. A l'aide des lavements il porta son incommodité plus de deux ans, ayant souvent le rectum bouché par des matières épaisses que les lavements ne délayaient qu'à peine. Pendant ce temps je lui proposai plusieurs fois de lui dilater l'anus. Ne se déterminant point, je cessai de le voir. J'ai appris depuis qu'il s'était fait faire l'opération par un autre, mais qu'elle n'avait pas réussi. » (J.-L. Petit, *OEuvres complètes*, p. 571.

ARTICLE VII.

Abcès à l'anus.

Causes des abcès à l'anus. — Ces causes sont très nombreuses et très variées. Il y a d'abord des prédispositions anatomiques très favorables au développement de ces abcès : ce sont l'abondance du tissu cellulaire de la région, sa vascularité, le voisinage d'organes qui sont fréquemment le siége de congestions physiologiques ou pathologiques, l'appareil génito-urinaire. Enfin les fonctions et les affections diverses du rectum figurent ici au premier rang : la présence dans cet intestin de débris alimentaires qui sont restés réfractaires à la digestion, celle de véritables corps étrangers qui s'y trouvent mêlés, des calculs biliaires, certaines ulcérations spontanées du rectum peuvent en perforer les parois et déterminer un abcès dans le tissu cellulaire ambiant.

Un phénomène étiologique analogue peut se passer du côté de la peau : une irritation extérieure quelconque, l'inflammation ou l'ulcération d'une hémorrhoïde. La même cause pouvait d'ailleurs agir de dedans en dehors, et voici comment M. Velpeau établit ce mécanisme :

« D'autres fois il commençait au contraire par où je viens de les faire terminer, et, dans ce cas, la perforation d'une veine, d'une petite masse hémorrhoïdale, les précède ordinairement; la raison en est presque entièrement anatomique. En effet il existe autour de l'anus, à l'union même de la peau avec la membrane muqueuse, des fibres charnues complétement annulaires, qui constituent le sphincter interne et sont tout à fait indépendantes de l'externe. Libre d'adhérences solides en dehors, ce faisceau superficiel laisse entre l'orifice rectal, qu'il tient fermé, et le rétrécissement causé par le sphincter interne un peu plus haut une petite rainure ou excavation remplie de lacunes et de plis très favorables à la rétention des humidités et quelques parcelles stercorales. Or, les ulcérations y étant par cela même on ne peut plus faciles, il en résulte, comme l'ont très bien établi MM. Ribes (*Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. IX, p. 117) et Larrey (*Clin. ch.*, t. III, p. 100), que de petits dépôts y trouvent fréquemment leur point de départ. » (Velpeau, *Dict.*, t. III, p. 305.)

Nous ne parlerons pas ici des causes des abcès par congestion qui prennent leur source dans quelque point de l'enceinte osseuse du bassin, de l'ischion, de la pointe du sacrum ou du coccyx, ainsi que Hawkins en a observé un remarquable exemple (*Gazette médicale*, 1832, t. III, p. 704), ou qui viennent même de plus loin, de la colonne vertébrale, et presque

de la région dorsale, comme dans les cas cités par Tulpius (*Bib.* III, p. 28).

Quant aux abcès qui se montrent à l'anus chez les phthisiques, ou ils s'expliquent par une ulcération tuberculeuse du rectum qui a perforé la paroi de cet intestin (Velpeau), ou par une disposition générale dépendant de l'altération pulmonaire ou du principe morbide qui l'a produite.

Enfin, principalement chez les personnes âgées, il y a des abcès sans communication avec les organes excréteurs voisins, et qui se manifestent sans cause appréciable, autre que l'affaiblissement de la constitution.

Caractères anatomiques des abcès à l'anus. — M. Vidal, de Cassis, en a donné une description sommaire, mais suffisante, que nous lui emprunterons.

« Les abcès de l'anus n'ont pas tous le même siége et le même point de départ, et, comme l'on a vu par ce court exposé de leur étiologie, ils n'ont pas tous la même cause. Leur siége doit les faire distinguer en superficiels et profonds :

» 1° *Abcès superficiels.* — Ils naissent et se développent dans la couche sous-tégumentaire entre elle et le *fascia superficialis.* Comme la couche tégumentaire est souple et que le fascia résiste, ces abcès proéminent au dehors. Le tissu cellulaire étant là plutôt filamenteux que lamelleux, ils revêtent une forme arrondie; on les dit alors tuberculeux, hémorrhoïdaux.

» 2° *Abcès profonds.* — Ils s'établissent dans cette masse de tissu cellulaire qui entoure la fin du rectum, et qui est renfermée dans un dédoublement de l'aponévrose du périnée, dédoublement qui limite ce que M. Velpeau a appelé l'excavation ischio-rectale. La paroi antérieure de cette cavité correspond aux muscles transverses du périnée; les parois latérales sont en rapport avec les obturateurs externes. Tous ces muscles sont doublés du côté du rectum par une lame aponévrotique résistante; mais en arrière le tissu cellulaire de la cavité ischio-rectale se continue avec celui du bassin, avec celui qui matelasse en arrière le rectum et lui forme une espèce de mésentère. On comprend qu'à ce point le pus peut plus facilement aller de l'anus dans le bassin, ou venir du bassin à l'anus; c'est la véritable voie des abcès par congestion : c'est ordinairement par là que les dénudations du rectum commencent, quand les abcès de la marge de l'anus ne sont pas convenablement ouverts, ou quand ils sont sous l'influence d'une cause toujours agissante. De pareils abcès peuvent s'ouvrir dans le rectum à toutes les hauteurs.

» Les abcès superficiels ne peuvent pas causer ces dégâts quand la cause persiste. S'ils ne sont pas ouverts de bonne heure, les progrès se font du côté de l'orifice anal, parce que plus on avance vers ce point, plus la couche celluleuse est souple et lamelleuse, plus aussi la muqueuse prend les caractères propres à cette membrane, plus elle se détache de la couche sous-tégumenteuse : le pus la suit à mesure qu'elle s'enfonce dans l'anus, et se fait jour entre le sphincter externe et l'interne. » (Vidal, de Cassis, t. IV, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 600, 2e édit.)

Symptômes et diagnostic des abcès à l'anus. — M. Velpeau expose ainsi ce point :

« Le diagnostic de ces divers abcès offre rarement de grandes difficultés. Les foyers tuberculeux, petits, superficiels, sans réaction fébrile, se distinguent encore par leur proximité de l'anus et par la fluctuation rapide qui s'y manifeste des abcès anthracoïdes qui, plus durs, plus volumineux et un peu plus profonds, sont habituellement plus rapprochés de l'ischion. Causant le même ordre de symptômes que partout ailleurs, les abcès purement phlegmoneux n'ont pas besoin d'être décrits ici avec détail. La fièvre, les douleurs pulsatives, qui en accompagnent le plus grand nombre, empêchent de les confondre avec les précédents, de même que les phénomènes franchement inflammatoires qui les annoncent suffisent pour éloigner l'idée d'abcès gangréneux. Ceux-ci, enfin, se reconnaissent aux signes anamnestiques, à l'extension et à la marche rapide du dépôt, à la teinte jaunâtre et à l'empâtement légèrement œdémateux qui les entourent, à la plaque plus ou moins livide qui ne tarde pas à en marquer le centre. Le gonflement, assez considérable du côté de l'intestin dans ces

deux dernières variétés pour gêner le passage des matières, fait que, retenus par la douleur, les malades n'osent se livrer à aucun effort de garde-robe, et qu'il est difficile de leur administrer des lavements; aussi la constipation en est-elle un des caractères les plus constants. La vessie, la prostate, l'urètre, irrités par le voisinage, troublent aussi le cours des urines et pourraient, à la rigueur, en imposer sur ce point. Les abcès qui, ayant leur siége au-dessus du feuillet interne de l'aponévrose dans l'épaisseur du muscle releveur, tendent à se rompre dans le rectum, induisent plus souvent en erreur. En pareil cas, il y a souvent de la fièvre. La douleur est intense, et cependant on ne remarque rien à l'œil ni à la pression sur la marge de l'anus. Le doigt seul peut en indiquer l'existence. Porté dans l'intestin, il fait souffrir comme s'il s'agissait d'une fissure, et bientôt il constate soit une tumeur fluctuante, soit un noyau phlegmoneux de volume variable sur l'un des côtés de l'organe; c'est ainsi du moins que je l'ai rencontré deux fois. Vigarous en a rencontré plusieurs de cette espèce chez le même malade (*Chirurg. prat.*, Montpellier, 1812). Ceux qu'on appelle par congestion ayant une marche sourde et ne se laissant, en général, soupçonner qu'alors qu'ils sont déjà tous formés, éveillent par cela même les craintes du praticien et n'en imposent pas aussi souvent qu'on pourrait le croire au premier abord (Voy. *Abcès par congestion*) pour les confondre avec les abcès urineux, il ne faudrait songer qu'à leur siége et mettre entièrement de côté les accidents qui ont dû précéder vers l'urètre ou vers la vessie. » (Velpeau, *Dict.*, t. III, p. 309.)

Pronostic des abcès à l'anus. — La terminaison par résolution est extrêmement rare; la suppuration est presque inévitable. Le pus se creuse une cavité qui s'agrandit jusqu'à ce qu'elle atteigne la peau ou les cavités profondes; si les téguments résistent, il peut gagner le rectum. Des décollements plus ou moins considérables peuvent avoir lieu, et une fistule en est souvent la conséquence. C'est à ce point de vue surtout que les abcès à l'anus ont de la gravité. Richerand insistait beaucoup sur la difficulté qu'avaient à se rapprocher les parois du foyer purulent après la fonte des graisses, dans une région où les parties molles étaient comme retenues en dehors par une enceinte osseuse; aussi conseillait-il, sur la fin du traitement, un bon régime et le séjour à la campagne pour ramener l'embonpoint.

Traitement des abcès à l'anus. — Les antiphlogistiques sont indiqués dans la période inflammatoire de l'abcès; s'ils ne parviennent pas à empêcher la suppuration de s'établir, ils servent au moins à la modérer, à en borner la violence et l'étendue.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le moment où il convient d'ouvrir ces abcès; les uns soutiennent, avec Pott (*OEuvres complètes*, t. II, p. 314), qu'il faut en attendre la maturité; les autres se rangent à l'opinion de Platner, de M. Velpeau, qui prescrivent d'ouvrir une issue au pus dès qu'il est formé, et même d'ouvrir avant sa formation pour la prévenir. C'est là ce que Richerand appelait la méthode perturbatrice, et sur les avantages de laquelle il insistait beaucoup dans ses cours.

On n'a plus recours aujourd'hui au caustique, mais uniquement à l'instrument tranchant.

Les seules règles qui s'appliquent spécialement à l'incision de ces abcès, sont les suivantes :

Les foyers qui remontent au-dessus du sphincter, sans s'écarter notablement du rectum, guérissent mieux quand on les fend de dedans en dehors, en portant d'abord le bistouri dans l'anus pour le ramener ensuite en plein sur la fesse, que de toute autre manière, et il est à regretter que cette méthode, qui appartient à J.-L. Petit, ne soit pas plus généralement suivie.

Lorsque l'abcès ne proémine qu'à l'intérieur, c'est par là qu'il le faut ouvrir avec le bistouri, ou s'il est trop élevé, avec le pharyngotome. La crainte d'une fistule borgne interne ne doit point arrêter (Velpeau).

La question débattue entre Faget, soutenant qu'il fallait traverser le dépôt de dehors en dedans, en pénétrant dans le rectum, afin de diviser du même coup toute la bride qui sépare la pointe de l'instrument de son talon, comme s'il s'agissait d'une fistule, et Joubert, qui veut qu'on

s'en tienne à une simple ponction, ne devait pas être posée d'une manière absolue.

Si la peau n'est pas décollée et dénudée au point d'exiger une excision, le pansement est très simple : de la charpie mollette et un cataplasme par-dessus. Les téguments doivent-ils être excisés sur les bords de l'incision, il faut apporter plus de soin à régulariser la cicatrisation à l'aide d'une mèche. Si la guérison se fait attendre, placez le malade dans les conditions qui favorisent le retour de l'embonpoint.

ARTICLE VIII.

Fistule à l'anus.

La fistule à l'anus est un trajet purulent qui fait communiquer le rectum avec la peau, c'est la fistule *complète;* ou seulement avec le tissu cellulaire ambiant; c'est la fistule *incomplète interne* ou *borgne interne;* ou enfin qui a son orifice unique à la peau, et son fond dans le tissu cellulaire qui entoure l'extrémité inférieure du rectum, c'est la fistule *incomplète externe*, ou *borgne externe*.

Les *causes* de ces fistules sont celles des abcès que nous venons d'étudier, puisque ces fistules elles-mêmes ne sont que ces abcès non cicatrisés, rétrécis et transformés en des espèces de canaux purulents.

Caractères anatomiques des fistules à l'anus. — a. Fistules complètes. — Nous commençons par cette variété, parce que c'est la plus importante et celle dont l'histoire offre le moins de points litigieux; et c'est, sous ce rapport, la forme la plus simple.

L'orifice interne est généralement unique, et il l'est toujours quand il n'y a qu'un orifice externe (Vidal).

Le siége précis de cet orifice a été l'objet d'une attention particulière depuis un demi-siècle. Les anciens, l'Académie de chirurgie, Desault et la plupart de ses élèves plaçaient cet orifice tantôt près, tantôt à une assez grande distance, à plusieurs pouces au-dessus de l'anus. Mais M. Ribes établit (*Mémoires d'anatomie et de chirurgie* t. II, p. 1) que presque toujours cet orifice était très bas, à 5 ou 7 millimètres au-dessus du sphincter externe. C'était donner plus de précision et d'autorité à l'opinion de Sabatier qui avait déjà dit (*Médecine opératoire*, t. II, p. 334, édit. de Sanson et Bégin, 1822) :

« On n'a pas fait attention que souvent l'ouverture du rectum est près de la marge de l'anus, quoique cet intestin semble dénudé très profondément. »

Larrey (*Clinique chirurgicale*, t. III, p. 100) appuie cette opinion sur ses propres observations, et plus récemment enfin les recherches de M. Velpeau (*Médecine opératoire*, t. IV, p. 786) sont venues lui donner une sanction définitive.

Sur trente-cinq fistules examinées sur le cadavre, ce savant chirurgien en a trouvé quatre qui s'élevaient de 41 à 66 millimètres, 78 millimètres au-dessus du sphincter externe; une cinquième s'en éloignait de plus de 99 millimètres, et on l'atteignait à peine avec le bout du doigt; les autres s'ouvraient à l'entrée même de l'anus ou à quelques millimètres de hauteur. Trois d'entre elles avaient même leur origine au dehors de la couche villeuse de cet anneau. (Voyez Velpeau, *Dictionnaire* en 30 vol., t. III, p. 320.)

Ainsi : 1° l'orifice interne peut s'ouvrir sur la peau elle-même à l'entrée de l'anus (il ne saurait plus alors se désigner sous le nom d'orifice intestinal); 2° le plus souvent cet orifice est entre les deux sphincters et quelquefois un peu au-dessus.

L'orifice externe, ordinairement unique, quelquefois multiple ou en arrosoir, se trouve généralement sur un des côtés de l'anus, quelquefois en arrière, rarement en avant.

Le *trajet* ou corps de la fistule est très sinueux; il peut naître en arrière pour se terminer en avant, etc., former enfin des inflexions diverses. Lorsque l'orifice externe est multiple, le trajet se divise quelquefois en plusieurs branches, qui, d'un point, soit de la fesse ou du périnée, convergent plus ou moins régulièrement vers l'ouverture de l'intestin.

Le trajet est souvent interrompu par des dilatations, quelquefois larges et nombreuses; surtout quand la fistule est ancienne, et que plusieurs abcès se sont successivement formés; ces dilatations s'étendent du côté de l'ischion, au-dessus

du coccyx, vers le sacrum. Ces cavernes se multiplient parfois au point de dénuder le rectum, dont l'extrémité est comme flottante dans un anneau de clapiers.

b. Fistules incomplètes. — Voici comment M. Velpeau expose et discute ce point (*Dictionnaire* en 30 vol., t. III, p. 317).

« Si l'existence des fistules complètes n'a jamais été contestée, il n'en est pas de même des autres. Foubert (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 432), puis Sabatier (*Médecine opératoire*, t. II, p. 322), M. Larrey (*Clinique chirurgicale*, t. III, p. 98), disposés à croire qu'il n'y a point de fistules borgnes externes, ont prétendu que l'absence d'ouverture interne tient alors à ce qu'on la cherche mal. A cela on peut répondre qu'un moyen de la trouver toujours, comme s'en flattent quelques praticiens, est de la créer de toute pièce avec la sonde ou le stylet explorateur quand elle manque réellement.

» Leur doctrine, fondée sur le principe que les abcès fétides de l'anus sont constamment causés par une perforation du rectum, n'a plus besoin d'être combattue aujourd'hui. Pott (*OEuvres chirurgicales*, t. II, p. 325), M. Boyer (*Maladies chirurgicales*, t. II, p. 109). M. Roux (*Voyage à Londres*, 1815), en ont dès longtemps démontré l'inexactitude, et ce que j'ai dit plus haut, en parlant des abcès, rend inutile la discussion que j'en pourrais faire actuellement. Les fistules sous-cutanées de l'aine, de l'aisselle, des parois abdominales, du cou, des membres même, sont connues de tout le monde, et pas un auteur ne les a révoquées en doute. Or, pourquoi ne pas les admettre au pourtour du fondement, où la fonte et le retrait du tissu cellulaire peuvent laisser un si grand vide, où la tension et la solidité des aponévroses, où l'action des sphincters et du releveur de l'anus, où la distension et l'affaissement alternatifs de l'intestin, s'opposent avec tant de force au recollement des parties dénudées? Une autre cause, qui pourrait bien même ne pas être la moins puissante, est fournie par la transsudation possible des gaz et des humidités de la cavité rectale dans le kyste ou le trajet purulent. L'odeur, la teinte noirâtre du pus de certains dépôts non gangrenés, qui ne communiquent d'aucune façon avec l'intestin, sont tout à fait en faveur de cette opinion.

» Qu'à l'imitation de M. Roux on les appelle ulcères fistuleux ou fistules borgnes externes pour les distinguer des fistules proprement dites, peu importe au fond ; il n'en sera pas moins positif qu'elles se comportent le plus souvent comme des fistules complètes, et qu'elles exigent à peu près le même traitement. Plus le rectum est aminci, quel que soit le volume du foyer, plus la fonte du tissu cellulaire a été lente et considérable dans le creux ischio-rectal, plus le sujet est mal constitué ou imprégné de ces affections qui modifient l'organisme dans son entier, plus ce genre de fistule est à craindre après les abcès du fondement; en sorte que, loin de ne pas être possibles, elles sont au contraire extrêmement fréquentes.

» Les fistules borgnes internes ont également été rejetées par un certain nombre d'auteurs; il semble, en effet, qu'il ne soit permis de les admettre que comme point de départ des fistules complètes. Dans la théorie de Foubert, par exemple, on conçoit à peine qu'une fois l'intestin ouvert, il ne se forme pas un abcès bientôt apparent au dehors, et que le foyer puisse verser le pus à l'intérieur, au delà de quelques jours, sans venir aussi s'ouvrir à l'extérieur. L'expérience a maintenant mis tout le monde d'accord sur ce point; les remarques que j'ai faites dans l'article précédent sur la formation et l'ouverture de ces abcès doivent même porter à penser que les fistules borgnes internes sont une maladie assez commune. Elles se réduisent, il est vrai, à un ulcère caverneux, dont le pus est versé dans le rectum, par suite de la pression des parties voisines; mais qui peut persister des mois sans s'étendre manifestement vers la peau. Si l'orifice n'est pas très large, et qu'il ait son siége au-dessous de la portion dilatée du rectum, il peut même n'être que très légèrement excité par les fèces, car les garde-robes tendent plutôt à le fermer qu'à s'y introduire en sortant. On voit donc que toute discussion sur un pareil sujet se bornerait dorénavant à une dispute de mots. » (Velpeau, *Dict. de médecine*, t. III, p. 317.)

Symptômes et diagnostic des fistules à l'anus. — Sabatier a tracé de main de maître les signes des fistules complètes et borgnes internes, les seules dont il reconnaît réellement l'existence.

« Les signes des fistules complètes sont très faciles à saisir ; on aperçoit auprès de l'anus une ou plusieurs ouvertures qui sont les suites d'un abcès qui a percé de lui-même, ou dont on a procuré l'évacuation au moyen d'une incision convenable. Ces ouvertures fournissent du pus ou une sanie purulente, et laissent quelquefois échapper des vents, des matières stercorales délayées et des vers.

» Le stylet qu'on y introduit, après avoir fait coucher le malade sur le bord de son lit, comme pour recevoir un lavement, et, après avoir porté dans l'anus le doigt indicateur de l'une des deux mains bien graissé d'huile ou de beurre frais, pénètre plus ou moins profondément et s'approche de l'intestin dont il fait sentir les parois dénudées et amincies. L'extrémité de cet instrument parvient quelquefois jusque dans la cavité de l'intestin, et s'y fait apercevoir à nu ; quelquefois cependant on ne peut l'y introduire, soit que l'ouverture de la fistule soit trop étroite, soit que le sinus en soit tortueux et ne permette pas au stylet de parcourir toute l'étendue. Dans ce cas, il faut y faire pendant quelques jours des injections avec de l'eau tiède, afin de dilater peu à peu la fistule, et d'en rendre l'ouverture interne sensible, car il est essentiel de la connaître. On ne peut sans cela porter son pronostic, ni opérer avec certitude. Les callosités, le nombre des ouvertures et des sinus que présentent les fistules, leur distance plus ou moins grande de l'anus, sont des circonstances qui ne peuvent échapper à personne.

» On ne peut être trop attentif à ne pas confondre les fistules qui sont stercorales avec celles que l'on trouve quelquefois auprès du fondement et qui sont occasionnées par la rupture du canal de l'urètre. Celles-ci sont vraiment urineuses, on les reconnaît au peu de consistance du pus qu'elles fournissent, à l'odeur urineuse que ce pus exhale, à sa couleur, qui est toujours blanche, au lieu que l'humeur que donnent les fistules stercorales fait sur les linges qui la reçoivent des taches dont la couleur est légèrement brune à la circonférence. D'ailleurs les fistules urineuses sont accompagnées de beaucoup de callosités, n'offrent que des ouvertures étroites et faites en manière de cul-de-poule, et répondent à une corde qui est formée par les callosités qui se trouvent dans le trajet du sinus auquel leurs ouvertures répondent. Cette corde, ou plutôt ce sinus, au lieu de se porter du côté du rectum, marche vers le périnée. Mais, ce qui les distingue le plus souvent, c'est qu'elles se trouvent fort humectées toutes les fois que le malade rend ses urines, qu'elles sont accompagnées de quelques difficultés d'uriner, et que le malade ne peut exercer cette fonction sans éprouver dans un des points du canal de l'urètre, sinon une douleur vive, du moins une sorte de chaleur âcre et piquante, qui est occasionnée par l'impression que l'urine fait sur l'ouverture fistuleuse de ce canal. La méprise dans laquelle on tomberait en prenant les fistules de l'espèce de celles dont il s'agit ici pour des fistules stercorales, serait d'autant plus fâcheuse que le traitement qui convient aux unes est tout à fait différent de celui que les autres exigent.

» Les fistules borgnes et internes se connaissent ordinairement aux marques suivantes : Le malade, après avoir eu une tumeur dure et profonde au voisinage de l'anus, et accompagnée sur la fin de battements marqués, s'aperçoit qu'il rend du pus par le fondement et que les excréments en sont couverts. Il éprouve du malaise en allant à la garde-robe, et on ne peut appuyer avec le doigt sur la circonférence de l'anus sans lui causer quelque douleur. La couleur de la peau y est altérée et même livide à l'endroit qui répond à l'abcès : on y sent de la dureté, de l'empâtement ; la compression que l'on fait sur cet endroit détermine le pus à couler dans l'intestin, et à sortir ensuite par l'anus. Le doigt, porté dans le fondement avec les précautions convenables, y rencontre des inégalités qui ne sont pas naturelles à cette partie et qui indiquent le lieu de l'ouverture interne de la fistule, etc. ; quelquefois cependant les personnes incommodées de fistule de l'espèce de celles dont il s'agit, n'éprouvent d'au-

tres inconvénients qu'une douleur profonde, mais légère au voisinage du fondement, sans aucune évacuation de pus remarquable avec les excréments. Il se trouve à l'endroit douloureux une dureté plus ou moins profonde qui se prolonge du côté du rectum par une corde dure et calleuse qui n'est autre chose que le trajet fistuleux. Les choses peuvent demeurer longtemps dans cet état. Cependant la terminaison la plus ordinaire de ce mal est que la dureté, dont on veut parler, s'avance de dedans en dehors vers le tégument, et produit à la fin un tubercule qui s'ouvre à son sommet et qui laisse échapper un peu de pus. La fistule alors est complète : mais j'ai vu en plusieurs circonstances que cette fistule se fermait après un certain temps pour se rouvrir de nouveau. » (Sabatier, *Médec. opérat.*, t. II, p. 323, édit. de Sanson et Begin., 1822.)

Le diagnostic d'une fistule borgne externe, se réduisant à celui d'une fistule complète, dont il est impossible de trouver l'orifice interne, il est inutile d'y insister.

Pronostic des fistules à l'anus. — La fistule à l'anus n'est pas une maladie dangereuse. Les fistules borgnes, externes ou internes, et même quoi qu'en ait dit Boyer (t. X, p. 112), les fistules complètes sont susceptibles d'une guérison spontanée, ainsi que l'ont observé M. Velpeau (*Dict.*, t. III, p. 323), et M. Ribes (*Société médic. d'émulation*, t. IX, p. 139). On comprend cette terminaison, en se rappelant la marche qu'offre quelquefois cet ulcère qui se ferme pour un mois, une année et se rouvre ensuite ; une fistule qui guérit, en reste à cette première phase sans retomber dans la dernière. C'est cependant là une rare exception, et dans l'immense majorité des cas, une opération est nécessaire.

Quel que soit le nombre des sinus, ils ne mettent pas la maladie au-dessus des ressources de l'art ; pourvu qu'ils ne s'élèvent pas eux-mêmes au-dessus des aponévroses périnéales et qu'ils ne soient pas entretenus par un vice général.

Si, dit M. Velpeau, la fistule date de longues années, et qu'elle soit compliquée de vastes clapiers qui s'étendent au delà du coccyx, du sacrum, des muscles fessiers qu'ils dénudent ; si le releveur de l'anus a été franchi, et que l'intestin soit largement disséqué hors de la portée du doigt, il est rare que l'opération réussisse, et il est plus sage de se borner au traitement palliatif.

Chez les phthisiques l'opération guérit quelquefois la fistule, mais le plus souvent elle échoue, et c'est là la seule raison qui doive faire hésiter à l'entreprendre, suivant J.-L. Petit, qui regarde comme un préjugé que de croire que cette guérison puisse influencer défavorablement la phthisie dont la fistule est un symptôme.

Traitement de la fistule à l'anus. — On ne doit rien attendre ici des médicaments internes ni des topiques proprement dits. Les expériences cliniques si multipliées qui furent faites dans le but d'épargner l'opération à Louis XIV le démontrent sans réplique : liqueurs, pommades, eaux minérales, tout échoua. Si l'on a fait honneur de quelques guérisons à ces moyens, c'est que probablement on est en droit de le revendiquer pour la nature qui en avait fait tous les frais.

L'opération est donc généralement indispensable. Elle compte quatre méthodes : les caustiques, la ligature, la compression et l'incision.

a. Cautérisation. — Des tentes chargées de sublimé, de nitrate d'argent, etc., ont été introduites dans la fistule, mais on y a renoncé. Le cautère actuel a eu le même sort ; cependant Dieffenbach et Fingerhuth l'ont repris (Velpeau).

b. Ligature. — La ligature a été effectuée de beaucoup de manières qu'il est inutile de rappeler toutes. Il est presque indifférent de se servir d'un fort cordonnet de fil ciré ou de soie ou d'un fil métallique, qu'on passe avec un stylet aiguillé très fin, et si c'est un fil de plomb ou d'argent, en une canule ou une sonde cannelée, qu'on aille chercher l'extrémité du fil dans l'intestin avec le doigt ou avec un instrument particulier, l'opération est facile. Il ne reste plus qu'à la compléter en employant le serre-nœud de Desault ou celui de Mayor, ou en tordant tout simplement le fil sur lui-même s'il est métallique.

Cette méthode est rejetée à cause des accidents qu'on lui impute : suppuration, étranglement, etc., et surtout à cause de

la lenteur du résultat. Néanmoins, M. Vidal s'exprime ainsi à cet égard :

« J'avoue que je ne partage pas toutes les préventions de mes contemporains contre ce moyen. Qu'on fasse la ligature avec un cordon composé de fil de lin et d'un crin, comme le veut Celse, d'une ficelle ; que ce soit un fil de plomb, comme le veut Foubert, toujours est-il qu'on cherche à agir par la pression sur la bride organique, afin de faire naître une inflammation éliminatrice qui doit chasser la ligature et couper le pont qu'elle circonscrit. J'ai vu employer le procédé de Foubert par M. Moullaud, de Marseille ; je l'ai vu mettre en usage pendant quatre ou cinq ans dans un grand hôpital, et je n'ai jamais observé les accidents dont on accuse quelquefois l'incision et surtout l'excision. Je n'ai jamais observé la phlébite. Serait-ce que par la ligature on n'ouvre pas des veines comme par l'incision ? La diérèse marche ici avec la synthèse ; les tissus qui sont en arrière de la ligature se cicatrisent pendant que ceux qui sont au-devant se divisent. » (Vidal, de Cassis, *Traité pathologique*, t. IV, p. 686.)

Déjà Sabatier en avait porté un jugement assez favorable.

« Cette méthode a cela d'avantageux, qu'elle n'assujettit pas à des pansements réguliers ; que la douleur qu'elle cause est médiocre lorsqu'on ne se presse pas trop, et qu'on y met le temps nécessaire, et surtout que le malade n'est pas obligé d'observer un régime bien exact, et de rester chez lui tout le temps de la cure, pendant lequel il peut vaquer à ses affaires ordinaires. Mais elle ne convient que dans le cas où la fistule est simple et pas trop éloignée du fondement ; car, si elle était compliquée de beaucoup de sinus et de callosités, et que son orifice externe fût à une trop grande distance de l'anus, il y aurait trop de parties à couper, et la ligature serait plus douloureuse et demanderait plus de temps. » (Sabatier, *Médecine opératoire*, t. II, p. 332.)

Quoi qu'il en soit, la ligature n'est plus employée de nos jours.

c. *Compression.* — Il en est de même de la compression, malgré les tentatives de M. Bermond, qui a proposé, à cet effet, sa canule à chemise (*Thèse*, n° 44. Paris, 1827), et de M. Colombes, qui préfère un cylindre creux en ébène qu'on retient par des rubans. (*Bibliothèque médicale*, 1828, t. II). C'est un moyen incommode, long, incertain.

d. *Incision.* — Si l'indication de l'incision ne se trouve pas nettement exprimée dans Hippocrate, le syringotome de Galien montre clairement qu'on la pratiquait alors. Léonide se servait, pour la faire, d'un bistouri terminé par un long stylet, qu'il introduisait dans la fistule pour le ramener de l'intestin par l'anus, et trancher la bride d'un seul coup. Fabrice d'Aquapendente (*Opérations chirurgicales*, p. 5, cap. 57) dilatait le trajet avec son spéculum, et incisait avec un bistouri un peu concave conduit sur une sonde cannelée. C'est Marchettis (traduction de Th. Bonet, t. III, p. 270) qui eut l'idée de porter dans l'anus un gorgeret pour recevoir l'extrémité de la sonde et de l'instrument tranchant. Félix reproduisit le bistouri de Léonide (Lemonnier, *Traité de la fistule*, Paris, 1689) en le couvrant d'une chape pour en rendre l'introduction moins douloureuse. Ce bistouri, imaginé pour Louis XIV, fut désigné sous le nom de bistouri royal. J.-L. Petit démontre que le bistouri ordinaire, légèrement concave, conduit sur la sonde cannelée, était ce qu'il y avait de plus simple et de meilleur. Heister (*Institution chirurgicale*, t. II, p. 1054) couda le gorgeret de Marchettis. Enfin nous passons des modifications insignifiantes. Larrey termine la sonde cannelée par un stylet flexible ; c'était l'idée du syringotome appliquée à la sonde cannelée ordinaire, en faisant ressortir l'extrémité par l'anus, engageant ce bistouri par la cannelure, sur le fond de laquelle il l'appuyait, et faisait marcher ensemble les deux instruments, et l'incision se trouvait faite.

Voici comment M. Velpeau décrit cette opération :

« *Préparatifs.* — Un purgatif et des lavements administrés la veille ou l'avant-veille sont le plus souvent nécessaires pour prévenir le besoin trop rapproché des garde-robes. Dionis va plus loin, et dit qu'un lavement doit être donné le matin même, afin que, pendant l'opération, le chirur-

gien ne coure pas risque d'avoir la figure inondée de matières stercorales.

» L'appareil se compose du bistouri particulier dont on a fait choix et de plusieurs bistouris ordinaires, de fortes pinces à disséquer, d'une sonde cannelée en argent et d'une sonde en acier sans cul-de-sac, d'un gorgeret en chêne ou en buis, de ciseaux droits et de ciseaux courbes sur le plat, de quelques cautères, d'aiguilles et de fils à ligature, d'une longue mèche et d'un porte-mèche, de tampons ou appareils hémostatiques, de boulettes de charpie, de trois ou quatre plumasseaux, de compresses longuettes, de compresses carrées pliées en deux ou en quatre, et d'un bandage en T double.

» Le malade, couché sur le côté correspondant à la fistule, en double, la tête baissée, le ventre appuyé sur un traversin, étend la jambe qui est en dessous et fléchit l'autre. Un aide, situé en face, l'empêche de relever la tête et surveille ses bras. Le bassin et la jambe pliés sont retenus immobiles par un second aide. Un troisième, placé derrière, se charge d'écarter la fesse et de soutenir le gorgeret au moment convenable. Enfin il en faut un quatrième et même un cinquième pour tenir l'autre jambe, tendre les tissus et donner les instruments ou absterger la plaie. Du reste, une seule personne, placée en avant, pourrait, en fixant ses genoux contre l'hypogastrique, l'une de ses mains sur les lombes, et l'autre derrière la cuisse fléchie, tenir lieu de deux ou trois aides, et maintenir solidement le malade, ainsi que le prescrit J.-L. Petit. On pourrait aussi, comme semble l'indiquer Hippocrate, et comme Guillemeau l'exprime formellement, laisser les jambes du sujet pendantes, et le faire coucher à plat-ventre sur le bord d'un lit, d'une table, etc. Avant d'aller plus loin, on cherche les deux ouvertures de la fistule. Si celle du dehors ne peut pas être bien difficile à découvrir, la même chose n'a pas toujours lieu pour l'interne. Il arrive souvent que l'instrument explorateur ne se trouve plus séparé de l'indicateur que par une pellicule mince comme une feuille de papier, et cependant on ne peut le faire entrer à nu dans l'intestin. Il glisse avec liberté dans toutes les directions sans la moindre peine. On sent que la membrane muqueuse est amincie, décollée, et qu'il n'en reste pas moins en dehors de l'organe. Ce cas, fort embarrassant autrefois et des plus désagréables encore maintenant pour les chirurgiens qui ne croient pas devoir opérer sans avoir traversé d'outre en outre le conduit fistuleux, ne réclame pas tant de précautions aux yeux de plusieurs autres. Que cette ouverture existe ou non, M. Roux, par exemple, est d'avis que le remède soit absolument le même. Le décollement du rectum, justifiant à lui seul l'opération en pareil cas, les recherches minutieuses dont se sont occupés les membres de l'Académie de chirurgie paraissent, en effet, superflues. Pour moi, je pense que, sans négliger les moyens de reconnaître si l'ulcère s'ouvre dans l'intestin, il n'en faut pas moins opérer quand on ne le trouve pas. Dès que la maladie persiste depuis quelques mois, et que l'organe défécateur est décollé dans une certaine étendue, comme MM. Ribes et Larrey ou comme Brunel et Pott, qui l'avaient déjà soutenu, je pense qu'il y a de l'inconvénient à ne pas comprendre l'ouverture interne de la fistule dans l'incision ; mais je ne puis admettre avec eux qu'on doive ménager l'espèce de valvule qui se voit au-dessus lorsque la paroi intestinale est fort amincie.

» Si la fistule n'est pas très élevée, la sonde d'argent est sur-le-champ substituée au stylet. L'indicateur qui va la chercher dans le rectum, en accroche le bec, l'abaisse en la courbant un peu, la fait sortir hors de l'anus, pendant qu'avec la main droite le chirurgien continue de la pousser. Un simple bistouri droit, tel que l'emploie M. Richerand (*Nosographie*, t. III), M. Ribes (*Soc. méd. d'émul.*, t. IX, p. 142), que l'employait Sabatier (t. II, p. 138), que le recommande Dupuytren, et que je l'ai plusieurs fois employé moi-même; le bistouri légèrement concave de J.-L. Petit, conduit ensuite sur la sonde, dont un aide protége l'extrémité, coupe d'un seul trait toute la bride, et l'opération est alors d'une simplicité extrême.

» Lorsque la fistule s'élève davantage, ou que le décollement s'étend très loin, il vaut mieux imiter MM. Boyer et Roux, se servir de la sonde d'acier à bec un peu pointu. On l'introduit jusqu'à la partie su-

périeure du foyer, un gorgeret remplace le doigt qui en avait suivi tous les mouvements dans le rectum, et va lui présenter sa gouttière. On la pousse sur ce dernier instrument de manière à percer l'intestin, par un effort de va-et-vient, on les frotte l'un contre l'autre, afin de s'assurer qu'ils sont bien en contact. A partir de là, l'aide saisit le manche du gorgeret, le fixe et le renverse un peu en dehors, comme s'il voulait le faire basculer; de la main gauche le chirurgien agit de même sur la plaque de la sonde, prend un bistouri droit à la pointe forte de la main droite, en engage la pointe dans la cannelure conductrice, le dirige rapidement jusqu'au gorgeret, le retire en élevant le poignet et sans lui permettre d'abandonner le point d'appui qu'on lui a donné; dans la crainte que toute la bride ne soit pas coupée on le rapporte une première et même une seconde fois sur la sonde. Enfin, pour être sûr de ne rien laisser, on retire les deux tiges accessoires comme un seul instrument sans les séparer; s'il restait un cul-de-sac par en haut, on devrait immédiatement le mettre à nu en divisant la valvule, à l'aide de ciseaux conduits sur le doigt. Le tranchant du bistouri retourné en dehors, est ensuite appliqué sur le fond de la plaie, qu'il incise ou scarifie modérément dans toute sa longueur, et qu'il prolonge en outre aux dépens de la peau, d'un demi-pouce ou d'un pouce environ sur la fesse, pour peu que les téguments soient décollés ou amincis, on les incise crucialement en un T renversé; après quoi chacun des lambeaux doit être saisi avec la pince et retranché de leur surface libre vers la plaie avec le bistouri, si on ne les croit pas de nature à se recoller facilement. Sans cette précaution la suppuration serait interminable et la cure fort incertaine. Les douleurs qu'elles causent et la longueur du temps qu'elles exigent ne sont rien en proportion des avantages qui en résultent; la prudence ne permet de s'en abstenir que dans les cas de fistule tout à fait simple; ce qu'on vient de faire pour un trajet on le répète sur les autres, afin de les réunir tous à la plaie du rectum; mais, dans la crainte d'occasionner une trop grande perte de substance, on peut n'exciser les divers lambeaux tégumentaires ainsi formés que si la peau profondément altérée a trop perdu de son épaisseur. Le même bistouri, ou le bistouri boutonné, conduit sur le doigt porté en dernier lieu sur les brides, sur les valvules restées dans le fond des clapiers ou de la plaie, régularise autant que possible sans désemparer, l'intérieur de la surface saignante, et l'opération est alors terminée.

» Le pansement est le même que celui des fissures à l'anus, si ce n'est que la mèche doit être plus grosse; il importe après l'avoir introduite, d'en engager un faisceau entre les lèvres de la plaie, qu'elle doit dépasser supérieurement d'un pouce ou deux; ce dernier point surtout est essentiel, autrement l'extrémité supérieure du cylindre de charpie pourrait s'engager entre la paroi intestinale, et favoriser le maintien d'un cul-de-sac du haut de la plaie. De la charpie brute en abondance et des plumasseaux placés par-dessus remplissent la marge de l'anus. On couvre le tout de deux ou trois compresses carrées, puis d'autant de longuettes un peu plus larges; les deux chefs du bandage en T, préalablement fixé autour du ventre, abaissés sur ces divers objets posés entre les cuisses, croisés, ramenés en avant, l'un à droite, l'autre à gauche, et noués ou attachés avec des épingles sur la circulaire hypogastrique complètent l'appareil. » (Velpeau, *Dict. de méd.*, t. III, p. 331.)

Accidents. — L'accident le plus à craindre est l'hémorrhagie; Sabatier a très bien exposé ce qui s'y rapporte :

« Le sang que la plaie fournit mérite quelquefois l'attention la plus grande par l'abondance avec laquelle il s'écoule. La profondeur des vaisseaux qui le fournissent ne permet pas toujours d'en apercevoir la source. Il faut alors passer le doigt successivement sur tous les points de la surface de la plaie, et le fixer sur celui dont la pression est suivie de la suspension de l'hémorrhagie, l'on y applique ensuite un bourdonnet lié par le milieu avec un fil en plusieurs doubles, trempé dans l'eau styptique ou dans l'eau alumineuse, et fortement exprimé. Ce bourdonnet est surmonté de plusieurs autres. Une mèche graissée à son extrémité est introduite dans le fondement au delà de la plaie et

du côté qui lui est opposé, pour éviter au malade la douleur qui résulterait du froissement des parties nouvellement incisées. Ces premières pièces d'appareil sont couvertes et soutenues de pelotes de charpie mollette entassées avec soin ; et lorsqu'on juge que la quantité en est suffisante, on appuie dessus avec le plat de la main pendant qu'on tire au dehors le fil du premier bourdonnet qu'on a laissé passer entre les doigts. On met par-dessus des compresses oblongues et un bandage en T. » (Sabatier, *Méd. opérat.*, t. II, p. 344.)

Si l'hémorrhagie était assez sérieuse pour résister à ces moyens, on pourrait recourir au tamponnement de J.-L. Petit, ou à l'appareil de M. Bermond ; mais cette nécessité se rencontrera très rarement, car presque toujours, loin d'être inquiétant, l'écoulement sanguin s'arrête de lui-même.

Malheureusement, la phlébite et la résorption purulente sont moins rares, mais elles n'offrent ici rien de particulier. Des abcès, la péritonite, etc., surviennent aussi quelquefois, mais ne présentent ici rien de spécial non plus.

« Quand les fistules sont très élevées, n'importe dans quel sens, il est évident que l'opération doit être à la fois et plus difficile et plus dangereuse ; cependant la blessure du péritoine, fût-on obligé d'aller jusqu'au niveau du sacrum, me paraît alors à peine possible. Les praticiens qui en ont signalé le danger avaient sans doute oublié qu'en haut l'ouverture morbide ne porte que sur la membrane muqueuse, ou tout au plus sur la membrane charnue ; que le pus fuse dans le tissu cellulaire, et non dans la cavité abdominale ; que si la tunique séreuse du bassin était ulcérée, il y aurait un épanchement dans le ventre ; que le bistouri ne devant point quitter la cannelure du conducteur, il n'expose aucunement à cette lésion, et que, tout bien considéré, elle n'est pas plus à redouter supérieurement qu'inférieurement, en avant qu'en arrière. Mais, comme en pareil cas on incise au delà des limites inférieures de l'aponévrose ischio-rectale, ou même du bord interne de l'aponévrose pelvienne, les infiltrations purulentes entre ces deux lames d'abord, et dans le bassin ensuite, entre le péritoine et le *fascia pelvia*, sont infiniment plus à craindre que dans le cas de fistule ordinaire. » (Velpeau, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. III, p. 337.)

Les fistules qui s'ouvrent à la *paroi antérieure* du rectum ne doivent pas être excisées sans une nécessité absolue, dans la crainte d'intéresser la vessie, la prostate ou l'urètre.

Quand la fistule offre plusieurs orifices, il faut les inciser successivement dans la même séance (Velpeau).

Chez la femme, la fistule exige quelques précautions : l'excavation ischio-rectale étant moins profonde, et l'aponévrose périnéale moins régulière que chez l'homme, les abcès de la marge de l'anus s'ouvrent assez souvent en avant, à la racine des grandes lèvres, ou bien entre la fourchette et la commissure postérieure de la vulve. Aussi est-ce dans ce sens qu'on trouve fréquemment l'orifice de la fistule qui s'y rencontre très rarement chez l'homme.

L'aponévrose inférieure étant en quelque sorte confondue, chez la femme, avec le *fascia superficialis*, les abcès des grandes lèvres tendent à gagner le devant de l'anus, et à former une fistule borgne externe qu'on ne guérit qu'en mettant à nu toute l'étendue du foyer. La question de savoir s'il convient ou non de mettre une mèche dans la plaie a été et est encore très controversée.

« Aux yeux de beaucoup de praticiens, dit M. Velpeau, la *suite des pansements* est un point capital après l'opération de la fistule à l'anus. Les chirurgiens français tiennent à ce qu'une forte mèche soit maintenue dans le rectum, et à ce qu'il y ait toujours un faisceau entre les lèvres de la plaie ; sans cela, disent-ils, la cicatrisation se faisant d'abord du côté de l'intestin, la fistule pourrait se reproduire : car la guérison ne peut être solide et certaine que si elle procède du fond vers les bords de la blessure. Un malade allant fort bien fut momentanément abandonné par Sabatier (t. II, p. 339), qui reconnut, au bout de trois semaines, que la fistule s'était rétablie. L'aide qui s'en était chargé n'avait point usé convenablement de la mèche. On recommença l'incision ; cette fois, chaque pansement étant fait jusqu'au bout

avec le plus grand soin par Sabatier lui-même, la maladie disparut complétement. M. Boyer tient le même langage, et cite des faits exactement pareils. M. Baizeau (*Thèse*, p. 25), et beaucoup d'autres, ont rapporté divers exemples du même genre. Mais Pouteau (t. III, p. 133), qui s'est élevé contre cette doctrine déjà professée de son temps, affirme au contraire, en s'autorisant aussi de l'expérience, que la mèche est non seulement inutile, mais encore nuisible par l'irritation, par la compression qu'elle exerce sur la surface saignante, qui, d'après lui, ne réclame d'autres traitements que celui des plaies simples qu'on veut laisser suppurer. En Angleterre, les principes de Pouteau, ayant été adoptés par Pott, sont universellement suivis. Un ruban de linge effilé ou quelques brins de charpie sont tout ce qu'on permet de placer entre les bords de la fistule. M. S. Cooper (*Dictionn. de chir.*, traduct. franç., p. 181) ne comprend pas ce qu'il appelle la routine française, et soutient que rien au monde n'est aussi peu rationnel.

» Sur ce point comme sur tant d'autres, il serait, je crois, facile de s'entendre, et la pratique est loin d'offrir autant de différence que les livres. Le but est d'empêcher le recollement des bords de la plaie avant d'en avoir modifié la surface, de la forcer à se cicatriser par degrés, des côtés vers le centre, à la manière d'un ulcère. Si, pour atteindre ce but, une mèche ne suffit pas toujours, à son tour le gros cylindre et le fil ou la charpie dont on se sert si souvent parmi nous est rarement indispensable, et il a l'inconvénient réel, quand on en continue longtemps l'usage, d'aplatir les bourgeons celluleux dont il gêne en outre le développement. Au total, une mèche de médiocre volume remplit très bien l'indication pendant les dix ou quinze premiers jours. Ensuite on peut, sans inconvénients, la rendre graduellement plus petite, pour panser à plat, dès que la surface traumatique est vermeille ou semble tendre à se cicatriser. Pour le reste, cette plaie doit être traitée comme une autre, de même que les divers accidents, soit locaux, soit généraux, qui peuvent survenir pendant le cours de la cure. » (Velpeau, *Dictionn. de médecine* en 30 vol., t. III, p. 339.)

La fistule *borgne interne* se fend de dedans en dehors, avec un bistouri boutonné à l'aide d'une boulette de cire. Le point difficile est de trouver son orifice.

e. Excision. — Les bords décollés de la fistule et ses callosités ne doivent être excisés que dans le cas où ils sont très prononcés.

L'incision complexe sur la fesse est également proscrite par Sabatier.

Nous avons entendu Richerand résumer ainsi la thérapeutique chirurgicale des fistules :

» Si la fistule existe, complète ou incomplète, réunir le trajet avec le rectum, n'en faire qu'un, voilà le seul moyen de la guérir. Une seule méthode, mais trois procédés : cautérisation, fil de plomb et incision avec le bistouri. Nous allons voir lequel des trois est préférable. Inutile de parler des injections détersives, de l'occlusion interne de l'ouverture fistuleuse par une sonde de gomme élastique introduite dans le rectum; il faudrait qu'elle fût grosse comme un canon de quatre pour atteindre son but. Et les emplâtres sur l'orifice externe? Cela ne vaut pas la peine qu'on en parle. Le moyen le plus simple et le plus expéditif est le meilleur. Est-ce le caustique? Il agit avec une lenteur et une douleur intolérables, et son action illimitée n'est pas sans danger. Introduire dans la fistule de la potasse caustique! Et le gonflement énorme qu'elle détermine! Sera-ce la ligature avec le fil de plomb introduit dans le rectum par le trajet fistuleux, et dont les deux bouts sortant, l'un par l'anus et l'autre par l'orifice externe de la fistule, sont noués chaque jour avec un serrement gradué pour opérer l'incision indiquée? Mais ce procédé, plus encore que le précédent, occasionne des douleurs continues, qui, bien que moins vives, sont plus effrayantes par leur durée que l'incision faite avec le bistouri; et puis souvent il faut s'aider de cet instrument pour inciser la peau qui résiste au fil de plomb. Cependant on se voit parfois réduit à appliquer cette ligature graduée aux personnes qui ne veulent pas être bistourisées. L'incision avec le bistouri est de beaucoup préférable; elle est plus nette et ne dure qu'un clin d'œil. M. Ribes, avons-nous dit, a reconnu que le trajet fistuleux n'a

jamais plus de 8 à 10 lignes de hauteur (contre l'opinion de ceux qui l'avaient précédé). On aurait dû le deviner, car s'il eût remonté à 5 ou 6 pouces, comme on le croyait, les matières fécales se seraient mortellement épanchées dans le bas-ventre. Sondez obliquement le trajet avec un stylet, en suivant les sinuosités de cette galerie sous-cutanée, et ramenez-en l'extrémité par l'anus, et faites l'incision avec le bistouri, suivant la rainure du stylet ou de la sonde flexible. Lorsque cette sonde se courbe, la marche de l'instrument est moins facile.

» Le seringotome sert à la fois de sonde cannelée et de bistouri; le stylet est quelquefois mobile; il n'est pas trop mauvais si l'on coupe en sciant.

» Desault et Roger introduisaient dans l'anus un gorgeret d'ébène, pour protéger le rectum contre la pointe du bistouri, qui, passant par la fistule et sortant par son orifice interne, s'enfonçait un peu dans le gorgeret. On les retirait ensemble, pour s'assurer que la section avait été complète. Mais on partait toujours de l'idée que l'orifice interne de la fistule pouvait être placé trop haut pour que l'indicateur introduit dans l'anus ne pût y atteindre le bout de la sonde cannelée, qui traverse le trajet de dehors en dedans, ce dont on n'a jamais eu d'exemple.

» S'il y a plusieurs trajets, incisez-les séparément; s'il y a des portions de peau détachées et des callosités, excisez-les avec des ciseaux, elles retarderaient la cicatrisation. C'est une opération facile, et qui est regardée comme terrible dans le monde.

» Quoique après l'opération il y en ait qui laissent à la nature les soins consécutifs, et que la guérison s'ensuive parfois, cependant le pansement est beaucoup pour le succès; s'il est mal fait, par une cicatrisation vicieuse, la fistule peut reparaître. Introduisez dans le rectum une longue mèche de charpie cératée, dont vous rabattrez quelques brins dans l'incision, afin d'en écarter les lèvres et d'empêcher que la cicatrisation ne commence du côté du rectum, par la superficie, ce qui pourrait occasionner le rétablissement de la fistule. Il faut que la guérison commence profondément. Quand elle est achevée, la trace de l'incision n'est marquée que par une petite rigole de 2 ou 3 lignes de profondeur; ainsi l'anus n'est pas élargi, comme il semblerait d'abord. Un saignement modéré est salutaire, il diminue l'inflammation. S'il s'annonce par une hémorrhagie en ruisselant à travers l'appareil, réprimez-le, surtout pour rassurer le malade; appliquez une compresse sur l'anus, comme pour l'artère intercostale. Dans le cul-de-sac de cette compresse, on peut loger une livre de charpie. Un procédé excellent de J.-L. Petit consiste à employer deux tampons de charpie liés avec du fil ciré; on en plonge un dans le rectum, on applique l'autre à l'extérieur sur l'anus; ils sont unis par un fil assez fort; on les serre en les faisant marcher l'un vers l'autre, et les vaisseaux divisés se trouvent comprimés comme dans un étau. C'est un moyen qu'on pourrait appliquer à la répression des hémorrhagies des cavités de la bouche, du vagin, etc. » (Richerand.)

ARTICLE IX.

Fissure à l'anus.

Avant Boyer, on ne trouve dans les auteurs que des traces fugitives de cette maladie. S'il est vrai qu'Aétius la mentionne (titr. IV, serm. 2, cap. V), en semblant indiquer vaguement la constriction du sphincter; qu'Albucasis en décrive le traitement sans se faire une idée nette de la lésion (lib. II, sect. 81, f. 663, édit. Channing); que Ph. Grueling (trad. de Th. Bonet, t. 654), que Lemonnier (*Traité de la fistule*, p. 360, 1689) la comparent aux crevasses que les engelures occasionnent aux mains, sans la distinguer des rhagades ordinaires, c'est à Boyer que revient incontestablement l'honneur d'avoir fait connaître cette maladie, en en donnant une description bien supérieure à celles des chirurgiens qui l'avaient précédé. Un excellent observateur, Sabatier, l'avait bien reconnue; mais il se borne à la caractériser en deux mots, en s'étonnant du silence des auteurs à cet égard, et sans en parler plus longuement lui-même. C'est donc Boyer que nous allons suivre surtout dans notre description, parce que la sienne porte ce cachet pratique qu'on ne retrouve bien que dans des travaux originaux; nous aurons soin en même temps de tirer parti des recherches ultérieures.

Causes de la fissure à l'anus. — Ces causes sont fort obscures. Tout ce qu'on sait à cet égard se borne presque à ceci, que cette affection ne se montre qu'exceptionnellement avant l'âge adulte, et jamais dans l'enfance; c'est à peine si elle se rencontre quelquefois dans l'adolescence. Quelques malades, avant le développement de la fistule, avaient bien des hémorrhoïdes, mais cette circonstance manque souvent. En résumé, étiologie obscure.

Les *caractères anatomiques* ici ne peuvent se séparer des symptômes.

Symptômes et diagnostic de la fistule à l'anus. — « La maladie commence d'une manière insensible, l'excrétion des matières fécales est accompagnée de chaleur et de cuisson; quelques heures après l'évacuation toute sensation gênante cesse, le malade croit avoir des hémorrhoïdes ou être échauffé; quelquefois ces symptômes se dissipent au bout de quelques jours, surtout si l'on s'abstient de boissons échauffantes, si l'on prend des lavements, si l'on fait des lotions fréquentes d'eau froide.

» Mais bientôt la chaleur, les cuissons reparaissent, l'excrétion des matières devient plus pénible, et le malaise qu'elle laisse dure plus longtemps. Les déjections sont quelquefois mêlées d'un peu de sang; les douleurs augmentent. Les boissons laxatives qu'on conseille ordinairement alors, les clystères, un régime rafraîchissant apportent un peu de soulagement. Cependant ces moyens cessent d'avoir de l'effet, et, malgré leur usage, le mal fait des progrès; quelques malades sont obligés, pour se procurer une selle, de prendre un purgatif toutes les quarante-huit heures, et chaque jour deux, trois ou quatre lavements, jusqu'à ce qu'il survienne une évacuation. S'ils restent plusieurs jours sans aller à la selle, les douleurs qu'ils éprouvent ensuite en y allant sont plus cruelles encore, et ils les comparent à celle que produirait un fer brûlant introduit dans le rectum. Quelques malades sont agités alors d'une sorte de contraction convulsive générale, ou ils tombent en défaillance. Il reste, à la suite de l'excrétion, non seulement une douleur vive, mais des élancements et des pulsations semblables à ceux qui se font sentir dans une partie enflammée. J'ai vu une dame qui ressentait un mouvement fébrile après chaque évacuation. Du reste, dans le cours de cette maladie, les douleurs n'augmentent pas d'une manière égale et progressive : elles s'accroissent ou diminuent par intervalles et en raison de certaines circonstances. Un exercice violent, l'usage du vin, des liqueurs, des aliments chauds en grande quantité, tourmentent par l'idée des douleurs qu'ils éprouveront pour se débarrasser du résidu. Chez certaines femmes, les douleurs augmentent à l'époque des règles; j'en ai vu une qui éprouvait régulièrement tous les huit jours un accroissement très marqué dans ses souffrances. Il est probable que cette périodicité dépendait de quelque particularité dans les habitudes de la malade.

» Lorsque la douleur se fait sentir, les moindres circonstances peuvent l'exaspérer; l'action de tousser, d'uriner, de sauter, suffit quelquefois; tel malade ne peut rester debout et immobile, tel autre ne peut rester assis. J'ai connu un homme que cette dernière circonstance contraignit à changer d'état et à prendre une profession dans laquelle il travaillait debout.

» La douleur qui accompagne et qui suit l'excrétion alvine, est en général proportionnée au volume et à la dureté des excréments. Les matières très volumineuses sont arrêtées par la constriction du sphincter, et lorsqu'il s'en présente à l'anus, elles excitent des efforts pénibles, longs et inutiles, jusqu'à ce qu'elles soient amollies par des injections et par les mucosités qu'exhale le rectum. Toutefois l'évacuation des matières peu consistantes ne se fait pas sans douleurs. J'ai vu un malade qui en éprouvait de très vives, quoiqu'il eût la diarrhée; bien plus, l'excrétion des vents même est quelquefois douloureuse, gênée ou impossible. J'ai guéri une dame qui, tourmentée par le besoin et l'impossibilité de rendre les flatuosités intestinales, s'était astreinte à la pénible incommodité de porter une sonde de gomme élastique dans le rectum.

» Lorsque la maladie dure un certain temps, aux symptômes locaux dont je viens de parler, se joignent l'amaigrissement, une susceptibilité extrême du genre

nerveux, quelquefois l'hypochondrie, quelquefois même la rétention d'urine.

» Telle est communément la marche de la maladie; tels sont les principaux symptômes qu'ont éprouvés les personnes qui ont eu recours à mes conseils. Voici ce que m'a présenté l'examen du rectum :

» A l'extérieur, rien de remarquable ; chez quelques malades, j'ai aperçu des tumeurs hémorrhoïdales ; chez d'autres, de petits boutons qui m'ont toujours paru, ainsi que les hémorrhoïdes, n'avoir aucun rapport avec la fissure ; chez deux ou trois seulement, j'ai vu un écoulement léger que je crois étranger à cette maladie. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 134.)

Ce qui a surtout frappé les chirurgiens, c'est l'existence d'un certain nombre de crevasses à l'anus, ayant d'ailleurs tous les caractères de la véritable fistule, excepté la constriction spasmodique du sphincter. Blandin (*Dict.* en 15 vol, t. VIII, p. 156) et M. Hervez de Chégoin (*Transactions médicales*, octobre 1834, t. VI, p. 25) croient trouver l'explication de cette différence dans la situation de la crevasse. Suivant eux, elle ne s'accompagnerait du spasme du sphincter que lorsqu'elle correspond à ce muscle ; placée plus haut ou plus bas, elle serait exempte de cet élément ; mais M. Velpeau a observé des faits en désaccord avec cette distinction à laquelle dès lors il faut bien renoncer.

M. Vidal, de Cassis, discute ainsi ce qu'il appelle la théorie de la fissure à l'anus :

« Trois principaux faits constituent les caractères de cette maladie : la gerçure, la constriction anale et la douleur brûlante. De ces trois faits, deux sont constants : ce sont les deux derniers faits physiologiques ; le fait physique manque quelquefois. Il peut donc y avoir des fissures sans fissure comme il y a des varioles sans varioles, c'est-à-dire sans pustules. Le spasme, la contracture ou, pour mieux dire, la contraction de l'anus, seraient donc le principe de la maladie, dont la fissure ne serait qu'un produit, qu'un effet fréquent, mais non nécessaire. Ce qui le prouverait encore, c'est qu'un débridement, pratiqué sur un point de l'anus opposé à la fissure, guérit la maladie. Boyer, qui incline vers l'opinion que je viens d'exposer, a fait valoir cet argument. Mais ici, comme toujours, l'imperfection, les erreurs du diagnostic font surgir une difficulté dont profitent les partisans de l'opinion contraire à celle qui est représentée par Boyer. Ainsi, Sanson et Blandin croient qu'il y a des ulcérations méconnues et d'autres qu'il a été impossible de constater. M. Velpeau soupçonne des erreurs commises même par Boyer. « La confiance due à l'expérience de Boyer fait, dit cet auteur, toute la valeur des observations qu'il indique ; car ses assertions n'ont jamais été constatées par l'ouverture du cadavre. » En effet, Boyer dit avoir guéri tous ses malades. « Or, continue M. Velpeau, en pareilles matières, le talent, le savoir des hommes ne suffiraient pas pour entraîner la conviction des autres. » Ainsi, dans la première opinion, il y aurait d'abord état spasmodique de l'anus avec resserrement qui précéderait et causerait la gerçure ; tandis que l'opinion contraire admet l'existence préalable d'une crevasse qui, irritée par les matières fécales, amènerait le resserrement spasmodique des sphincters. Mais l'anus est souvent excorié par des corps étrangers ; il est fréquemment le siége d'exulcérations, d'ulcères vénériens : ces solutions de continuité sont aussi irritées par les matières fécales, et cependant les spasmes, les douleurs caractéristiques de la fistule ne se déclarent pas, du moins jamais au même degré, et ces solutions de continuité, on ne les guérit pas avec une incision.

» Avec la solution de continuité, il faut donc admettre un état particulier de l'intestin, une prédisposition locale qui fait que les gerçures sont suivies d'accidents nerveux ; ou bien un état de constriction originaire, une contracture qui prédispose à la constipation, et qui fait que les matières endurcies sortent avec peine, avec effort et excorient l'anus. On voit que cette opinion mixte, qui semble concilier les deux opinions, incline davantage vers celle de Boyer, qui, selon moi, est la plus vraie ; c'est d'ailleurs celle qui a conduit à la meilleure indication thérapeutique, et les praticiens l'adopteront donc plus volontiers. » (Vidal, de Cassis, *Trait. de pathol.*, t. IV, p. 594.)

Pronostic de la fissure à l'anus. — Abandonnée à elle-même, la fissure à l'anus serait une maladie grave, par les douleurs qu'elle occasionne, et dont la violence peut aller jusqu'à s'exaspérer par l'action de tousser, de cracher et même de chanter (Vivent, *Thèse*, n° 132. Paris, 1830). Cette douleur, par son intensité, par sa durée et par les troubles qu'elle apporte dans les fonctions digestives, finirait par troubler profondément la santé et même par menacer la vie. Mais la thérapeutique guérit assez souvent la fissure à l'anus sans opération ; elle ne résiste jamais à l'incision du sphincter. Enfin la dilatation brusque et forcée, que l'on doit à MM. Récamier et Maisonneuve, enlève au pronostic beaucoup de sa gravité, par un traitement dont les effets sont aussi prompts qu'exempts de douleurs et de danger. Nous ne craignons pas de dire que ce procédé restera dans la pratique. Nous verrons que l'honneur de ce procédé revient en grande partie à M. Velpeau.

Traitement de la fissure à l'anus. — Les topiques et les pommades échouent en général, et Boyer ne cite qu'un seul cas où il ait réussi en employant ces moyens, encore la constriction n'était-elle que médiocre. Le baume dont il se servit était ainsi composé :

Saindoux, suc de joubarbe, suc de moule, huile d'amandes douces, de chaque 120 grammes.

On injecte quelques cuillerées par jour avec une petite seringue.

Dupuytren employait avec quelque succès la pommade suivante :

Extrait de belladone, 8 gramm. ; eau miellée, 60 gramm. ; axonge, 60 gramm. La mèche est enduite de cette pommade. Ces moyens sont à peu près abandonnés ; mais M. Gerdy réussit souvent à l'aide des purgatifs répétés : c'est la méthode qu'il suit généralement dans son service à l'hôpital de la Charité.

Nous allons maintenant examiner les diverses opérations qui ont été dirigées contre la fissure à l'anus. Ce sont : la cautérisation, la dilatation et l'incision.

a. Cautérisation. — Béclard préconisa la cautérisation avec le nitrate d'argent qui échouait presque en même temps entre les mains de Richerand : c'est dire que c'est un moyen souvent infidèle, et auquel on était obligé de recourir chez les sujets pusillanimes, alors qu'on devait tenir compte de la douleur dans le choix des moyens opératoires. Il est abandonné aujourd'hui, avec d'autant plus de raison, que Béclard lui-même l'employait concurremment avec la dilatation, et qu'il est difficile de faire la part de la mèche et celle du nitrate d'argent.

b. Dilatation. — La dilatation compte deux procédés : la dilatation progressive et la dilatation brusque.

La dilatation *progressive* se fait avec une mèche dont on augmente chaque jour le volume, pour vaincre peu à peu la résistance du sphincter. Béclard (*Archives*, t. VII, p. 310), malgré sa prédilection pour la cautérisation, dit s'en être bien trouvé. M. Cabanellas (*Thèse*, n° 132, Paris, 1826) dit que M. Marjolin s'en est également bien trouvé. Antoine Dubois soutenait que ce moyen réussissait constamment.

Voici comment M. Velpeau s'exprime à l'égard de la *dilatation brusque* ; on verra que de là à la dilatation instantanée il n'y a qu'un pas.

« Je n'ai encore mis les mèches à l'épreuve que deux fois ; mais leurs effets ont été si heureux, que je n'hésite pas à les conseiller formellement. La raison qui pourrait en éloigner d'abord les malades et même les praticiens, l'état de constriction et la douleur de l'organe, a beaucoup moins de valeur qu'on ne pourrait le penser d'après les apparences. Le tout est de ne pas reculer devant la première et de les porter rapidement au plus grand volume possible, quelle que soit la résistance du sphincter. La douleur, excessivement vive durant les premières heures, se calme ensuite peu à peu, et disparaît en grande partie avant qu'on en soit à la quatrième ou cinquième mèche. Rien ne s'oppose du reste à ce que le corps dilatant ne soit enduit d'une des pommades indiquées ci-dessus. Je ne puis taire cependant les expériences comparatives que j'ai faites à ce sujet, quoique je n'en aie encore que trois. Des mèches ordinaires enduites du mélange de M. Boyer n'ont fait ni plus ni moins qu'avec la pommade de M. Dupuytren, qu'avec celle de belladone et d'opium

sans acétate de plomb, qu'avec l'onguent mercuriel simple ou opiacé. L'onguent populéum, le blanc Rhazès, la pommade au précipité, la cautérisation avec le nitrate d'argent, n'ayant eux-mêmes produit aucune amélioration, j'ai mis les mèches dilatantes à l'essai, d'un côté en les recouvrant de cérat seulement, de l'autre en les enduisant de pommades médicamenteuses, et le résultat est resté absolument le même dans les deux cas. Copland employait déjà la dilatation contre la constriction spasmodique de l'anus, et je crois que les médecins qui auront assez de résolution pour forcer leurs malades à ne pas céder aux premières douleurs en obtiendront de véritables succès. » (Velpeau, *Dict. de méd.*, t. III, p. 300.)

Porter rapidement les mèches au plus grand volume possible, quelle que soit la résistance du sphincter; forcer les malades à ne pas céder aux premières douleurs; les pommades sont insignifiantes, le succès est tout entier dans le degré de la dilatation: telle est, en substance, la doctrine de M. Velpeau. On le voit, c'est presque celle de la dilatation instantanée, pour nous servir de l'expression de M. Morel-Lavallée qui divise, dans ses *Conférences cliniques*, la dilatation sous trois chefs, suivant qu'elle est graduelle, brusque et instantanée.

La *dilatation instantanée*, c'est le procédé de MM. Maisonneuve et Récamier. M. Récamier l'avait formulée et employée le premier; M. Maisonneuve l'a modifiée et fait passer dans la pratique.

Quelques éraillures peuvent être produites sur la muqueuse au moment de l'opération, mais c'est là une lésion insignifiante.

Quelques esprits théoriciens ont objecté, contre ce procédé, la possibilité de la déchirure du sphincter; il en est même qui assurent avoir senti ce muscle se rompre sous leurs doigts. M. Morel-Lavallée a démontré que le sphincter, solidement soutenu en dehors par les tissus voisins, ne saurait se rompre par cette dilatation méthodique. M. Morel a même fait voir qu'en portant sur le cadavre cette dilatation au delà de toute limite chirurgicale, on ne parvenait pas à rompre une seule fibre de ce muscle. Il en est de même sur le vivant, ainsi que l'a prouvé une autopsie faite par ce chirurgien, dans un cas où l'anus avait été violemment dilaté pour l'extraction d'un corps étranger du rectum. D'ailleurs, on évitera jusqu'à l'appréhension d'une rupture en exerçant cette dilatation méthodiquement. Ce procédé a été appliqué un grand nombre de fois par M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin, par M. Huguier à l'hôpital Beaujon, par M. Morel-Lavallée à l'hôpital de la Charité, et par plusieurs autres chirurgiens. La supériorité en est démontrée déjà par un grand nombre de faits.

Il est d'une exécution extrêmement simple, maintenant qu'on peut en écarter toute espèce de douleur à l'aide du chloroforme. Les deux indicateurs sont successivement introduits dans l'anus, et ces deux doigts tirant l'orifice anal en sens inverse, en opèrent instantanément la dilatation; et souvent dès le lendemain le malade est guéri, au moins des douleurs, et bientôt il l'est radicalement.

La dilatation doit se faire transversalement, parallèlement au diamètre bisciatique du bassin, ainsi que la pratique M. Morel-Lavallée. C'est dans ce sens, en effet, que le sphincter est le plus solidement appuyé en dehors par les tissus, qui sont soutenus eux-mêmes par les tubérosités de l'ischion. (Voy. le compte rendu de la Société de chirurgie, *Gazette des hôpitaux*, 1849.)

c. *Incision.* — Il y a ici deux sortes d'incisions, l'incision ordinaire et l'incision sous-cutanée :

L'*incision ordinaire*, proposée et employée par Boyer, et depuis adoptée par la plupart des chirurgiens. Voici de quelle manière la pratique celui qui l'a constituée :

« Le malade a pris trois jours auparavant un purgatif, et le jour même un lavement laxatif pour débarrasser le conduit intestinal, et pour empêcher le retour des garde-robes pendant les premiers jours qui suivront l'opération. Le malade est couché sur le côté comme pour l'opération de la fistule à l'anus; le chirurgien porte le doigt indicateur gauche, enduit de cérat, dans le rectum, et sur ce doigt il fait glisser à plat un bistouri, dont la lame, très étroite, est coupée carrément et arrondie à son extrémité. Le tranchant de l'in-

strument est alors dirigé du côté droit ou du côté gauche, suivant la situation de la fissure, et d'un coup on divise les membranes intestinales, le sphincter, le tissu cellulaire et les téguments. On forme ainsi une plaie triangulaire dont le sommet répond à l'intestin et la base à la peau. Il est quelquefois nécessaire d'allonger cette base, ce que l'on fait d'un second coup de bistouri. Dans quelques cas, l'intestin fuit devant l'instrument, et la plaie du tissu cellulaire remonte plus haut que celle de l'intestin ; on doit alors introduire de nouveau le bistouri dans le rectum pour prolonger en haut l'incision de l'intestin. » (Boyer, t. X, p. 142.)

Lorsque la constriction était extrême, Boyer faisait deux incisions semblables, l'une à droite et l'autre à gauche, et si la fistule était placée en avant ou en arrière, il ne la comprenait pas dans l'incision.

On introduit ensuite dans la plaie ou dans les deux plaies une grosse mèche pour empêcher que les bords de la division se réunissent d'une manière irrégulière. On tamponne légèrement avec de la charpie, on applique plusieurs compresses longuettes, et l'on maintient le tout à l'aide du bandage en T. Il est rare qu'il y ait une hémorrhagie ; une compression légère suffit toujours pour arrêter le sang.

Le premier appareil n'est levé qu'au bout de deux ou trois jours; on fait ensuite un pansement à plat avec un plumasseau enduit de cérat jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

Les premiers jours, il faut renouveler ce pansement plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et chaque fois on lave la plaie et ses environs avec de l'eau de guimauve. Ordinairement, la cicatrisation est achevée au bout d'un mois ou six semaines ; si quelquefois elle exige deux ou trois mois, elle est quelquefois parfaite en vingt et même quinze jours.

Nous allons rapporter un des faits où Boyer a mis sa méthode en pratique.

Obs. 1. « *Gerçure et constriction de l'anus* (c'est le malade qui parle). — Au mois de mai 1810, je fus attaqué de violentes douleurs en allant à la garde-robe ; on traita cela d'hémorrhoïdes, on me fit mettre les sangsues, et j'en éprouvai du soulagement. Les grandes douleurs cessèrent : mais tout le reste de l'été je souffris un peu. Au mois de décembre suivant, il me prit encore une crise de souffrances affreuses. Les douleurs devenaient beaucoup plus violentes, une heure après avoir été à la garde-robe, et duraient six, sept ou huit heures consécutives. On eut encore recours aux sangsues, traitant toujours cela d'hémorrhoïdes; mais, cette fois, les sangsues ne produisirent aucun effet, les souffrances revinrent avec la même violence à la suite de chaque évacuation. On me mit alors au régime doux et rafraîchissant, aux bains de siége, demi-bains et bains entiers. J'avais des jours où je ne souffrais que très peu; mais après il me prenait des crises plus violentes que les premières. Enfin, depuis le mois de mai dernier, je n'ai pas eu un moment de relâche; il ne m'a plus été possible d'aller à la garde-robe sans éprouver des douleurs atroces. Il me semblait alors que quelque chose me déchirait au passage, et j'éprouvais pendant les sept ou huit heures qui suivaient l'excrétion un battement continuel, des élancements, un resserrement et une sécheresse très douloureuse, comme si l'on eût enfoncé un fer rouge dans la partie malade. Les douleurs étaient si violentes, qu'elles me donnaient la fièvre. On employa encore les moyens rafraîchissants, mais sans succès ; on voulut introduire des mèches enduites de cérat et d'opium pour calmer, souvent on ne pouvait y parvenir ; et quand on réussissait à les introduire un peu, on me faisait horriblement souffrir. On consulta M. Boyer, qui ordonna des injections : elles calmèrent la violence des douleurs, mais ne détruisirent pas le mal. M. Boyer me dit que l'opération pouvait seule me guérir radicalement. Je m'y décidai ; et, en effet, peu de jours après j'allais à la garde-robe presque sans aucune souffrance, et je continue à y aller sans ressentir aucune douleur. » (Boyer, *Traité des maladies chirurg.*, t. X, p. 146.)

Boyer avait ainsi traité plus de cent malades, qui tous avaient guéri radicalement et sans récidive. Mais Béclard, Richerand, MM. Roux, Lagneau et plusieurs autres chirurgiens ont été moins heureux : dans leurs mains l'incision n'a pas toujours fait disparaître la fissure et ses accidents. Il y a même eu des morts.

Voici, d'ailleurs, comment M. Velpeau résume les idées ci-dessus exposées :

« Au demeurant, la fissure de l'anus paraît se guérir de plusieurs manières. Ses lèvres, tenues en contact parfait ou dans un écartement complet pendant un certain temps, en permettent la cicatrisation immédiate ou la modification absolue. Le plissement de l'anus ou la constriction de son sphincter, en décollant ou en rapprochant les parois au moindre mouvement, détruisent ainsi à chaque instant les conditions indispensables à sa consolidation. Les caustiques et l'excision, lui donnant les caractères d'une plaie récente, doivent en favoriser l'agglutination et rendre par là sa disparition possible, dans un certain nombre de cas, sans en être le remède nécessairement efficace; les onguents, les pommades, etc., ne pouvant en modifier que la nature ou la surface, réussissent par cela même encore moins souvent. La dilatation, la forçant à se tenir étalée, en prévient les déchirures perpétuelles, empêche les humidités irritantes de s'arrêter, de stagner entre ses bords, et lui permet de se fermer à la manière d'une simple excoriation. Si l'incision agit directement sur elle, elle se perd aussitôt dans le reste de la plaie et n'offre plus rien de particulier. Lorsque l'instrument ne l'a pas tranchée en se rétractant, les fibres du sphincter en rapprochent les parois et les font disparaître, de telle sorte qu'aucune parcelle de matières ne peut plus se glisser entre et qu'elles ont le temps de se souder solidement avant que l'anus ait repris toutes ses fonctions.

» Ainsi, en théorie comme en pratique, c'est l'incision qui offre le plus de chances de succès ; mais cette opération n'est pas à l'abri de tout danger, quoiqu'elle soit habituellement très facile et qu'elle se réduise en général à un simple débridement. Si M. Boyer ne l'a jamais vue tromper son attente, d'autres ont, ainsi qu'on a pu le remarquer plus haut, été moins heureux. Il est à ma connaissance, en outre, que deux malades sont morts après l'avoir subie. L'un, jeune femme, forte et bien constituée, ne succomba qu'au bout de plusieurs mois. Des adhérences s'étaient établies entre les organes de l'excavation pelvienne, et le tissu cellulaire des environs de l'intestin renfermait du pus à l'état d'infiltration. L'autre, homme âgé de trente-cinq à quarante ans, fut pris le douzième jour d'une violente entéro-péritonite, et mourut dans mon service, à la Pitié, au mois de novembre 1831. Des foyers purulents assez nombreux furent trouvés sous le péritoine du bassin. L'incision du sphincter n'avait rien cependant présenté de particulier. Si l'idée d'une mèche volumineuse épouvante la plupart de ceux à qui on la propose, l'introduction du doigt qui doit précéder l'incision ne les effraie guère moins. Voyant dans le premier cas que leurs souffrances s'amoindrissent au lieu d'augmenter, ils reviennent bientôt de leur terreur; tandis que dans le second ils ont de plus à redouter les suites d'une opération sanglante. La prudence semble donc exiger qu'on essaie successivement quelques uns des principaux topiques proposés, le nitrate d'argent même et les mèches dilatantes, avant d'en venir à l'incision. » (Velpeau, *Dict.*, t. III, p. 302.)

L'*incision sous-cutanée* a été proposée et exécutée plusieurs fois par Blandin. Nous allons laisser ce professeur exposer lui-même son procédé dans une leçon clinique faite à l'occasion d'une malade à laquelle il en fit l'application. Nous compléterons ensuite la description par une citation que nous emprunterons à la thèse d'un des élèves de Blandin.

Quant à la valeur de ce procédé, nous dirons que les faits sont loin de permettre encore de la fixer. Il offre sans doute des avantages sur l'incision ordinaire ; mais il ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie, ainsi que nous avons pu le voir dans un cas où Blandin fut, si nos souvenirs sont fidèles, obligé d'ouvrir le foyer et de faire la ligature de l'artère qui donnait.

Obs. 2. « Nous avons reçu, il y a quelques jours, dans nos salles, une femme qui va descendre pour subir devant vous une opération. Voici les conditions dans lesquelles elle se trouve : c'est une femme de la campagne, d'une forte constitution, robuste, d'une bonne santé habituelle; elle est sujette cependant de temps en temps à des accidents peu intenses qu'elle attribue au *sang*, et qui consistent simplement en des douleurs vagues dans plusieurs parties du

corps. Il y a deux ou trois ans, époque à laquelle elle fait remonter le commencement de sa maladie, elle éprouva quelques douleurs du côté du fondement lorsqu'elle allait à la garde-robe. Ces douleurs sont, au dire de la malade, plus fortes depuis sept à huit mois ; elles sont même intolérables maintenant, et il y a peu de temps la malade s'en est plainte à un confrère, qui, après l'avoir examinée, lui a prescrit des calmants dont l'effet a jusqu'à présent été absolument nul.

» Interrogée sur ce qu'elle éprouve actuellement, cette femme nous raconte qu'elle souffre principalement lorsque les matières fécales qu'elle rend sont volumineuses ; elle souffre moins lorsque les matières sont liquides ou de très médiocre consistance, ou lorsqu'elle rend un lavement. Mais un phénomène important à noter, que l'expérience vous démontrera être véritablement caractéristique, c'est celui-ci : lorsqu'elle a été à la selle, non pas sur-le-champ, mais à une époque plus ou moins éloignée, c'est-à-dire une demi-heure ou une heure après l'acte de la défécation, elle dit éprouver des douleurs très fortes, beaucoup plus intenses qu'au moment où elle va à la garde-robe. Quand on lui demande de rendre compte des douleurs qu'elle éprouve, elle insiste d'une manière toute particulière sur ce point. Ces douleurs vives pendant la défécation, cessant peu de temps après pour se reproduire au bout d'un espace de temps plus ou moins long, plus violentes, et avec une intensité telle qu'elles font jeter des cris à la malade, sont, nous le répétons, un signe caractéristique rationnel de l'existence d'une fissure à l'anus. Disons en deux mots que la maladie que nous désignons sous ce nom peut consister en une éraillure de la muqueuse intestinale seulement, en une éraillure de la muqueuse et de la peau simultanément, ou même quelquefois en une simple contracture spasmodique du muscle sphincter de l'anus. Faisons remarquer néanmoins que, bien que Boyer ait cru devoir donner à ces deux espèces d'affections le nom de fissure à l'anus, il serait bien plus logique et préférable de les désigner sous deux noms différents, afin d'établir une distinction bien tranchée entre elles ; il serait bon de ne pas confondre les cas où il y a fissure véritable et ceux dans lesquels il n'y a que simple contracture. Nous allons essayer de vous faire comprendre notre pensée.

» Le caractère de l'affection est bien véritablement un état spasmodique du sphincter de l'anus, car il y a des cas où ce phénomène seul existe sans qu'il y ait éraillure de la muqueuse ; mais alors, pour nous, il n'y a que des signes rationnels de la fissure à l'anus, et nous désignons la maladie sous le nom de contracture spasmodique du sphincter. Pour un diagnostic certain, il est de toute nécessité d'explorer directement et avec le plus grand soin l'intestin à sa terminaison. Voici, chez la femme dont nous vous entretenons, ce que nous a appris cette exploration :

» D'abord l'ouverture anale nous a paru très resserrée à première vue. Puis, sur le côté et un peu en tirant sur la partie postérieure de la circonférence de l'anus, nous avons aperçu deux petites saillies, deux espèces de petites crêtes de coq, allongées, formées par un soulèvement des plis radiés qui existent à la marge de l'anus. Ces deux saillies allongées, ces deux crêtes ressemblent au premier coup d'œil à celles que l'on trouve à la partie inférieure des fissures, de telle sorte que nous avons été persuadé que nous allions rencontrer chez elle l'éraillure dont nous avons parlé. Cependant l'examen le plus minutieux, le plus attentif ne nous a pas permis de rencontrer de fissure comme nous nous l'étions imaginé. Serait-ce que dans le cas actuel ces saillies n'ont pas d'analogie avec les saillies que l'on rencontre habituellement dans la maladie qui nous occupe ? Serait-ce simplement à des tumeurs hémorrhoïdales que nous aurions affaire ? Nous ne le pensons pas. Pour nous, elles sont positivement l'indice de l'existence d'une gerçure, d'une fissure qui se sera peut-être cicatrisée assez complétement pour ne plus laisser de traces appréciables, mais qui n'en a pas moins été le point de départ de la maladie. Cette femme, aux interrogations nombreuses et variées que nous lui avons adressées, a répondu que plusieurs fois en allant à la selle, elle avait eu la sensation d'une déchirure bien évidente se produisant à l'ouverture de l'anus. Ce que disent les malades en pa-

reille circonstance ne pourrait peut-être pas avoir une grande valeur si rien ne venait confirmer leurs assertions ; car, habituellement, ils sont peu aptes à raisonner leurs sensations et à en tirer des conclusions conformes à la vérité : mais lorsque l'examen du chirurgien vient confirmer leurs dires, il faut y attacher quelque prix. Dans le cas que nous vous avons fait voir, il nous paraît évident qu'à une époque antérieure il y a eu chez notre malade véritable fissure, qui n'existe plus matériellement maintenant, puisque nous n'avons pu ni la voir ni la sentir avec le doigt, puisque nous n'avons pu par la pression déterminer de douleurs plus vives dans le point où existent les saillies que nous avons décrites.

» Nous avons éprouvé pour entrer dans le rectum une difficulté réelle : il a fallu en quelque sorte *forcer l'entrée;* l'introduction du doigt a fait vivement souffrir la malade, aussi fortement, nous a-t-elle dit, que lorsqu'elle va à la selle. Lorsque nous avons retiré le doigt, il a été chassé par le sphincter comme l'est un noyau de cerise serré entre les doigts. Chez un sujet qui n'a pas cette tension spasmodique du sphincter, on ne constate ni cette résistance ni cette expulsion forcée.

» Notre opinion est donc que nous avons ici affaire à une contraction spasmodique du sphincter chez une femme qui a eu cette gerçure, cicatrisée depuis un temps plus ou moins long, mais qui nous offre à considérer deux petites crêtes saillantes analogues à celles que nous vous avons souvent fait voir chez les sujets affectés de fissure anale. C'est là un signe sur lequel nous avons le premier fixé l'attention des chirurgiens, et dont Boyer lui-même n'avait pas parlé. On avait, jusqu'à nos travaux, regardé ces petites crêtes comme des hémorrhoïdes; on s'était trompé. Il peut bien exister des hémorrhoïdes semblables à ces saillies; mais ici elles sont plus petites, non turgescentes, comme le seraient des hémorrhoïdes; elles sont calleuses, dures : rien n'est difficile à concevoir dans l'explication du développement de ces productions. L'observation de tous les jours montre que ces tumeurs sont des callosités dépendant de l'irritation produite par la fissure. Il n'y a maintenant qu'une simple tension spasmodique du muscle orbiculaire de l'anus; mais il y a eu antérieurement une ou plusieurs gerçures, dont il reste des traces.

» La question est de savoir quel est de ces deux états morbides celui qui a été le point de départ de la maladie. Boyer, qui avait étudié la question avec son zèle et son talent ordinaires, avait considéré la fissure comme l'élément principal au point de vue de l'étiologie, mais non pas au point de vue de la thérapeutique. La preuve qu'il croyait la fissure l'élément principal de la maladie, c'est qu'il a donné le nom de fissure à l'anus à ces deux états différents, celui dans lequel il y a simple tension du sphincter, et celui dans lequel il n'y a pas de tension. Voici notre pensée à cet égard.

» Nous croyons que presque toujours la tension spasmodique du sphincter de l'anus est la conséquence de la fissure, laquelle irrite les parties voisines, quelle que soit sa cause à elle ; toutes les fois que les matières fécales traversent l'anus, la fissure se trouve irritée; elle finit par produire une induration du tissu cellulaire ; elle surexcite sympathiquement le muscle qui entoure la fin du rectum ; la muqueuse, au niveau de l'anus et dans l'intestin, a sous sa dépendance la tunique charnue qui se contracte en raison des irritations transmises par la muqueuse. C'est par sa muqueuse que l'intestin *est ce qu'il est*, un organe d'alimentation, d'assimilation. Toutes les fois qu'il y a irritation de la tunique muqueuse, il y a réaction contre cette irritation de la masse des fibres musculaires qui se réunissent en anneau autour du fondement. Dans l'état physiologique, le chyme, passant dans l'intestin, marche, parce que l'intestin se contracte sous l'influence de l'absorption du chyle, et que ses fibres charnues présentent ce mouvement de reptation auquel on a donné le nom de mouvement vermiculaire. Que cette irritation devienne pathologique, il survient des volvulus. Que la même chose arrive près de l'anus, alors c'est le faisceau circulaire qui se contracte pathologiquement, et se trouve sympathiquement excité. Cet accident ne manque jamais d'arriver chez les sujets qui ont une inflammation du rectum ; s'il y a une gerçure,

il y a une tension plus énergique encore, tension qui finit par devenir permanente, et porte le nom de contracture. Voilà la marche la plus ordinaire de la fissure à l'anus. Peut-il y avoir une tension spasmodique du muscle sans fissure? Cela me paraît devoir être rare, sans cependant que nous osions affirmer que c'est complétement impossible.

» Le fait à propos duquel nous vous soumettons ces réflexions, et qui semblerait prouver à quelques personnes en faveur de cette contracture idiopathique, ce fait prouve au contraire, à nos yeux, en faveur de notre opinion; car le sujet présente des traces de maladie antérieure. Les individus affectés de fissures à l'anus voient souvent guérir leur plaie s'ils peuvent rester pendant quelque temps sans aller à la selle. La plaie guérit; mais ce qui ne guérit pas, c'est la tension spasmodique. Nous ne saurions trop insister sur ce fait : qu'il existe dans cette maladie deux choses, la gerçure d'abord, et la contracture ensuite. Suivant nous, la gerçure est le point de départ de la maladie; c'est par elle que commence la scène. Avant la gerçure, il n'y a pas de tension du sphincter. Quand cette tension a duré un certain temps, elle devient vive et soutenue. Une fois produite, elle ne disparaît pas facilement; au contraire, la gerçure peut se cicatriser spontanément. Ce qui met obstacle à cette cicatrisation, c'est la nécessité d'aller à la selle, et de faire passer des matières âcres et irritantes d'une certaine grosseur. Il y a des malades qui ont, ce que l'on a appelé avec justesse, *des gerçures à répétition*. Il est rare, si tant est que cela soit, que les choses se passent autrement.

» Que faut-il faire pour traiter les malades affectés de gerçures à l'anus? Il faut attaquer la maladie tout entière, c'est-à-dire la gerçure d'une part, et de l'autre la tension du sphincter. La question à vider d'abord est celle-ci : Quel est l'accident qu'il faut traiter le premier? Quel est l'élément qu'il s'agit de faire disparaître d'abord?

» On a dit : La gerçure ayant été le point de départ de l'affection, faites-la disparaître, et tout cessera : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*. Le plus souvent vrai, cet axiome de thérapeutique n'est pas exact ici. Lorsque vous aurez obtenu la guérison de la gerçure, le malade ne sera pas guéri pour cela. Au premier effort la gerçure se reproduira. Si vous faites au contraire disparaître la tension musculaire, voyons ce qui se produira. Vous avez un anus plus dilatable, partant moins de gêne pendant la défécation, moins de douleurs pour le malade, moins d'irritation au passage des matières. Si quelques jours après l'opération qui aura fait cesser cette contracture, le malade va à la selle, les matières ne frottant que faiblement sur la cicatrice encore tendue, la cicatrice ne sera pas déchirée et la gerçure ne se reproduira pas. Donc ce qu'il importe de faire, ce n'est pas de combattre la fissure qui est le point de départ de la maladie, mais bien de combattre l'élément spasmodique secondaire qui l'entretient, et qui est devenu le plus important. Il est évident qu'au point de vue thérapeutique, ce qu'il faut traiter le plus vite, c'est la tension spasmodique; tandis qu'au point de vue de l'étiologie, l'élément gerçure est le plus important. Boyer lui-même avait si bien compris cela, qu'il conseillait lui aussi la ténotomie anale, moins le mot. Il introduisait dans l'anus, en le guidant le long du doigt, un bistouri boutonné et débridait profondément. Aujourd'hui que la médecine opératoire est mieux constituée, qu'il existe une classe d'opérations *ténotomiques*, il est clair que c'est là une véritable ténotomie à laquelle il ne manquait que sa dénomination.

» Il était naturel de se demander si cette ténotomie anale, analogue aux autres, ne pouvait être perfectionnée comme l'avaient été les autres. Dupuytren, après avoir fait la section du muscle sterno-mastoïdien et du tendon d'Achille en coupant à la fois le muscle et la peau, eut l'idée de s'abstenir de la section de la peau; il fit une ponction sur le côté du muscle, glissa un bistouri par l'ouverture, et fit la section du muscle sans débrider la peau. Plus tard Stromeyer perfectionna l'opération, démontra qu'il était inutile de faire à la peau deux perforations, qu'une suffisait. Cette modification de la ténotomie, nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible de la faire subir à la ténotomie

anale; et cette question, nous l'avons résolue par l'affirmative.

» Jamais nous n'avons vu, de l'opéraion ainsi faite, résulter le plus petit accident; jamais la mort n'a été la suite de l'opération. Déjà nous avons fait plus de cent opérations de ce genre, et jamais aucun accident inflammatoire sérieux n'en a été la conséquence. Dans l'opération, au contraire, telle que la pratiquait Boyer, il pouvait y avoir quelques dangers à redouter. En effet, on débridait avec le contact de l'air des parties importantes, et l'on risquait de produire des accidents inflammatoires semblables à ceux qui quelquefois se produisent à la suite de l'opération de la fistule à l'anus; il peut survenir des résorptions purulentes, etc. Les deux opérations de la fissure et de la fistule, par le procédé de Boyer, sont tellement semblables que nous croyons à peu près impossible de distinguer, immédiatement après l'opération, quelle est celle des deux qu'un malade a subie.

» L'opération de la ténotomie anale modifiée n'a pas de chances de produire des accidents sérieux. Chez la femme que nous allons opérer sous vos yeux, ce que nous avons à faire, c'est seulement la section du sphincter, puisqu'elle n'offre plus de gerçures et qu'il n'y a pas de plaie à traiter. Maintenant, faut-il faire l'opération de Boyer, ou la ténotomie sous-cutanée? Le choix ne nous semble pas douteux. D'un côté, nous avons une opération qui peut devenir sérieuse; de l'autre, une qui ne présente aucune gravité, et qui, si elle n'est pas suivie de résultat heureux, ce qui est rare, n'est au moins pas dangereuse. Nous disons qu'il est rare que l'opération ne soit pas suivie de succès. Nous devons cependant dire que pour que la guérison soit obtenue, il faut opérer la section bien entière et complète du muscle; s'il reste des fibres intactes, on n'obtient rien, et il faut recommencer. Or il n'est souvent pas facile de couper toutes les fibres musculaires lorsque l'on ne s'est pas exercé nombre de fois à cette opération. » (*Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 10.)

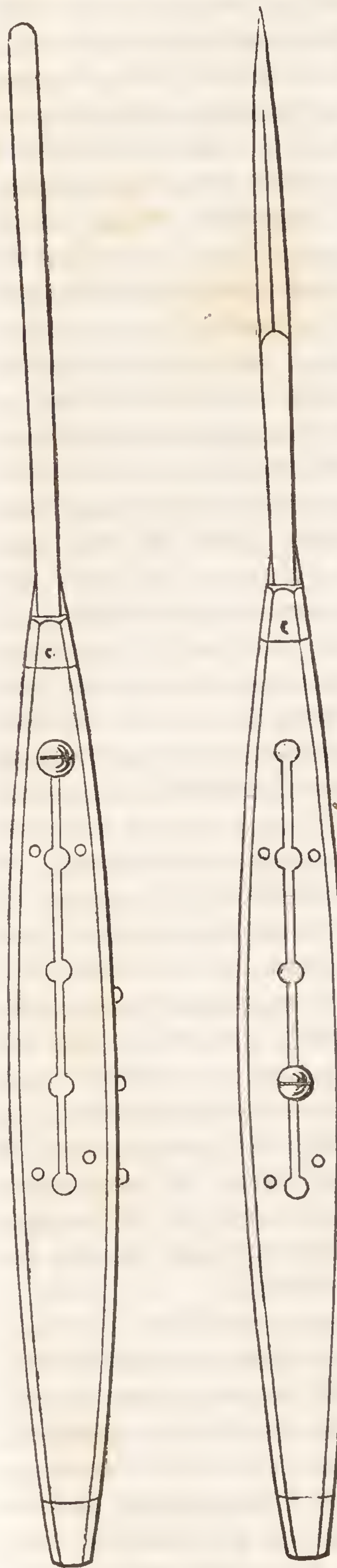
Nous croyons que nos lecteurs nous sauront gré de faire suivre cette leçon clinique du professeur Blandin des quelques lignes suivantes, extraites de la thèse d'un de ses élèves, M. le docteur Aucler, et dans lesquelles sont rapportées en détail les descriptions de l'opération sous-cutanée et de l'instrument qui sert à la pratiquer:

« Le malade étant couché sur le côté, dans une position semblable à celle de la fistule à l'anus, l'une des cuisses étendue, l'autre fléchie sur le bassin, un aide placé en face du chirurgien relève fortement la fesse du côté opposé à celui sur lequel on doit pratiquer l'opération. Nous ferons observer en passant que la section du muscle orbiculaire du rectum doit toujours être faite non point sur la ligne médiane, soit vers le coccyx, soit vers le périnée, mais sur une des parties latérales de l'anus, dans l'un des points les plus rapprochés de la partie moyenne du sphincter. Encore un mot, avant d'aller plus loin, sur les instruments dont on peut faire usage, et particulièrement sur celui auquel M. Blandin donne la préférence.

» A la rigueur, on pourrait employer le ténotome ordinaire ou un bistouri boutonné; mais ces deux instruments ne remplissent pas complétement les indications que l'on se propose. Le ténotome ordinaire n'a pas une lame assez longue pour atteindre toute la largeur du muscle, et bien que son extrémité soit mousse, il n'est point assez fortement boutonné pour garantir complétement de la crainte de la perforation de la muqueuse intestinale. Or on conçoit quels pourraient être les inconvénients de cette perforation; sans parler des accidents inflammatoires qui pourraient en être la conséquence, le moindre accident serait la production d'une fistule entretenue par le passage continuel des matières fécales liquides au travers du trajet fistuleux.

» Quant au bistouri boutonné, la lame n'en serait ni assez mince, ni assez étroite, à moins qu'on ne fît un instrument exprès; et encore, dans ce dernier cas, aurait-on le désavantage de ne pouvoir cacher le tranchant du bistouri au moment de l'introduction, disposition qui pourrait faire craindre la lésion des parties molles environnantes. Il fallait, pour éviter tous ces inconvénients, se servir d'un instrument qui réunît à la force du bistouri boutonné la minceur du ténotome et la disposition cachée de la lame du *bistouri à gaîne*.

Quant à ce dernier, M. Blandin avait remarqué que dans l'arsenal si nombreux, et par cela même si incomplet, des instruments de chirurgie qui encombrent les boîtes des opérateurs, on ne trouvait pas de bistouri à gaîne dans lequel la pointe et le tranchant de la lame fussent également cachés, et qui cependant n'eût pas l'inconvénient d'émousser, soit ce tranchant, soit cette pointe, lorsqu'on faisait mouvoir la lame et la gaîne l'une sur l'autre. D'après cette idée, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Charrière, imagina celui dont nous croyons être le premier à donner le dessin et la description complète, et qui remplit d'une manière parfaite chacune de ces importantes indications. Voici comment il est composé :



» La longueur totale de l'instrument est de $0^m,15$; $0^m,055$ pour la lame, $0^m,095$ pour le manche.

» La lame, droite, lancéolée, large de 3 millim. à son milieu, se terminant en pointe très fine aux dépens de ses deux bords, et dirigée dans le même sens que le manche, présente le tranchant sur son bord gauche, et sur son bord droit un dos légèrement oblique d'une épaisseur de un millimètre et demi. La face supérieure de la lame est creusée d'un sillon médian qui occupe les quatre cinquièmes de sa longueur.

» Sur cette face supérieure glisse une autre pièce un peu plus large que la lame, arrondie par le bout, convexe en dessus, et dont la face inférieure présente une arête saillante glissant dans la cannelure que nous avons décrite. Cette pièce supérieure, au moyen d'un bouton fixe sur le manche, rentre dans l'intérieur de ce manche de manière à découvrir telle étendue de lame que l'on juge nécessaire. L'instrument fermé est disposé de telle sorte que la lame peut être introduite, dans un trajet fistuleux ou sous la peau, par une ouverture très étroite sans entamer les tissus autrement que le ferait un stylet mousse. Pour faire agir le tranchant ou la pointe, il suffit, l'instrument étant tenu de la main droite, le pouce appuyé sur le bouton, d'imprimer à la pièce mousse qui recouvre la lame un mouvement de retrait dans le manche, mouvement semblable à celui que l'on exécute en faisant rentrer dans le manche la lame d'un canif simple à coulisse.

» Dans les premiers modèles, dont l'un a servi à exécuter la gravure que nous présentons, la coulisse du manche offrait cinq échancrures circulaires destinées à retenir le bouton conducteur de la pièce mousse supérieure. Sans supprimer les crans d'arrêt de la coulisse, M. Charrière, dans un nouveau modèle que nous avons sous les yeux, et qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer, a fait disparaître ces échancrures qui nuisaient à la régularité du manche, et pouvaient causer quelques embarras dans le maniement de l'instrument.

» Sur le côté du manche correspondant au dos de la lame, M. Blandin a fait établir des points de repère indiquant la position de la lame lorsqu'elle est plongée dans les tissus.

» On comprend facilement qu'avec ce seul bistouri ténotome (nom que nous croyons être le plus convenable), on peut faire toute l'opération, avantage immense; car la simplification d'un instrument est à la chirurgie ce que l'unité des méthodes

thérapeutiques est à la médecine. Ainsi, avec le bistouri ténotome, en ne mettant à découvert que quelques millimètres de la lame, on peut pratiquer la ponction de la peau; puis, la lame étant de nouveau recouverte, l'instrument peut être introduit entre le muscle et la muqueuse sans aucun danger de perforation de cette dernière, et sans aucun risque de blesser les parties entre lesquelles on l'introduit, l'instrument représentant alors une stylet mousse aplati. Enfin, lorsqu'il s'agit de couper le muscle, on fait glisser la pièce mousse sur la lame tranchante, et l'on n'a plus affaire qu'à un bistouri ordinaire.

» La manœuvre de l'instrument étant, de cette manière, bien comprise et bien indiquée, nous n'y reviendrons plus dans la suite de la description du manuel opératoire.

» M. Blandin distingue quatre temps dans l'opération :

» 1° Ponction de la peau;

» 2° Introduction du doigt dans le rectum, et tension de la peau des deux côtés de l'anus;

» 3° Glissement du ténotome entre la muqueuse et le muscle;

» 4° Section du muscle.

» La ponction de la peau est chose tellement simple, qu'il serait complétement inutile d'y insister, si l'on ne devait pas prendre quelques précautions indispensables relativement au siége qu'elle doit occuper.

» Ce siége, en effet, n'est point indifférent : pratiquée trop près de l'anus, elle rend malaisée la section complète de toutes les fibres musculaires, ou si l'on parvient à la faire, on s'expose à agrandir l'ouverture cutanée; puis, si le malade est obligé d'aller à la selle avant la cicatrisation parfaite, le contact des matières fécales sur la plaie pourra l'irriter et déterminer un travail inflammatoire qui pourra même passer, dans quelques circonstances, rares il est vrai, à l'état phlegmoneux.

» Si l'on pratique cette ponction à une trop grande distance de l'anus, on éprouvera quelque difficulté à couper les fibres les plus internes du sphincter, qu'il est essentiellement nécessaire de toujours complétement diviser. C'est ordinairement à 2 ou 3 centimètres de l'ouverture anale que l'on fait la ponction à la peau. Si nous attirons l'attention aussi longuement sur ce point, c'est qu'il est d'observation que dans les sections musculaires sous-cutanées, la persistance de l'intégrité de quelques fibres, même très fines, peut annuler presque complétement les résultats de l'opération. Lorsque, il y a quelques années, la strabotomie était, qu'on nous permette ce mot, l'opération à la mode, il est arrivé souvent que la section du muscle complète, à l'exception d'une ou deux fibrilles charnues, ne produisait aucun résultat quant au changement de direction du globe oculaire; il fallait, à l'aide du crochet mousse, aller chercher profondément ces fibres échappées à l'instrument pour obtenir ce résultat. Ce qui se passait dans les fibres musculaires de l'œil se passe également dans la section du sphincter de l'anus. Il est arrivé à M. Blandin lui-même. et malgré les soins les plus minutieux que prend dans la pratique cet habile opérateur, d'être obligé de revenir quelquefois à une seconde section supplémentaire d'une première section incomplète, pour faire cesser entièrement la contracture. Nous nous sommes trouvé nous-même dans ce cas, et nous avons dû subir, à quelques jours de distance, une double section du muscle contracturé.

» L'introduction du doigt dans le rectum a une importance réelle, en ce sens que c'est la face interne du doigt indicateur qui sert de guide à l'instrument introduit sous la muqueuse. Peut-être aussi cette introduction empêche-t-elle souvent la déchirure de la muqueuse, beaucoup plus facile sans cette introduction.

» Une fois l'instrument introduit avec douceur dans la petite plaie, l'opérateur, se guidant sur le point de repère du manche correspondant au dos de la lame, tourne le tranchant en dehors et coupe le muscle de la partie superficielle vers la partie profonde. Enfin, le ténotome introduit et la lame dégagée de la pièce mousse qui la recouvre, la manœuvre que l'on exécute ne diffère en rien de celle de la ténotomie ordinaire. Au moment où l'instrument tranchant coupe ce muscle, on entend le bruit de craquement bien connu, caractéristique de la section d'un muscle fortement tendu. La preuve que l'opération est

terminée et que la section musculaire est complète, c'est qu'immédiatement la contracture cesse, et que le doigt introduit dans le rectum sent manifestement un sillon plus ou moins large formé par l'intervalle qui sépare les deux extrémités divisées du sphincter.

» Le pansement du malade, après l'opération, est un pansement simple, c'est-à-dire qui consiste en un petit plumasseau recouvert de cérat, ou mieux encore une simple compresse d'eau froide. Il est rare, si l'opération a été complète et bien faite, qu'au bout de trois ou quatre jours tout ne soit pas terminé.

» On se trouvera bien cependant, dans les cas ordinaires, et principalement dans la ville, de faire garder le lit au malade pendant cinq à six jours, ce qui permet de consolider la guérison. » (Aucler, *Thèse inaugurale.*)

ARTICLE X.

Névralgie de l'anus.

Ulhnan (*Encyclop. Worterbuch der med. Wissench*, t I, p. 634) et M. Campaignac (*Journal hebdomadaire de médecine*, t. VI, p. 396) ont fait connaître cette affection, qui a été assez fréquemment observée depuis.

Les causes n'en sont pas saisissables; jusqu'ici n'a-t-on pu au moins les découvrir.

Il n'y a ni rougeur, ni gonflement, ni la plus légère trace d'altération anatomique dans les parties qui sont le siége de l'affection. Des douleurs en apparence superficielles se font sentir au fondement et s'exaspèrent sous l'influence de la moindre pression. Assez souvent ces douleurs reviennent par accès, tantôt très rapprochés, tantôt très éloignés, permettant ainsi dans les intervalles une santé complète. Dans d'autres cas, elles sont continues et les accès sont alors remplacés par des exacerbations. Chez quelques malades, l'anus semble se contracter avec force de temps en temps pour se relâcher aussitôt après; d'autres fois c'est l'inverse qui s'observe, une dilatation qui peut amener des garde-robes involontaires. La névrose ne tarde pas à se propager à la vessie, et l'on voit apparaître tous les signes rationnels de la fièvre, au point que M. Roux s'y est trompé plusieurs fois et a pratiqué ainsi sur deux sujets ce qu'on appelle la taille à vide. M. Velpeau a vu également cette opération faite trois fois dans cette circonstance. Besoins d'uriner pressants, douleurs vives du côté de la prostate, suspension du jet urinaire, qui reprend pour cesser encore, même quelquefois sanguinolente ou glaireuse : tel est l'ensemble des symptômes insidieux qu'on observe dans les cas les plus caractérisés. Le cathétérisme, d'abord très douloureux, le devient moins quand la sonde est parvenue dans la vessie et semble même procurer un véritable soulagement momentané; bien entendu que la sonde ne trouve pas de calcul dans le réservoir urinaire ni dans la vessie, ni dans la prostate, ni dans l'urètre aucune lésion matérielle. Le plus souvent les urines sont limpides.

« C'est, dit M. Velpeau, une maladie qui s'use avec le temps. Les bains, les opiacés, les pilules de Méglin, etc., essayés sous toutes les formes, n'ont pas été bien efficaces. On a vu un sujet dont les accès extrêmement violents n'étaient calmés que par le cathétérisme, qui a fini par amener une guérison complète; et ceux qui ont été taillés par erreur ont très bien guéri, et de leur opération et de l'affection, contre laquelle on l'avait à tort dirigée.

» C'est, au demeurant, une maladie fort singulière qui me paraît avoir son siége au col vésical, plus souvent que dans l'anus même, et dépendre fréquemment d'un état hémorrhoïdal de la fin du rectum. La thérapeutique n'en étant pas mieux connue que la nature, il faut se borner, en attendant, à la traiter par les méthodes rationnelles ou les moyens usités pour les névralgies en général. » (*Dictionnaire de médecine* en 30 vol. t. III, p. 282).

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'ESTOMAC (PATHOLOGIE INTERNE).

ARTICLE PREMIER.

Inflammation de l'estomac (gastrite).

Le temps n'est pas éloigné où la gastrite était regardée comme une affection rare et

déterminée presque exclusivement par l'ingestion d'un médicament ou d'un aliment âcre, d'un poison. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la nosographie philosophique de Pinel pour juger du degré d'importance qu'à cette époque encore, on accordait à une maladie dont la description et le traitement occupent à peine deux pages ; autant environ pour l'entérite, et tout était dit.

Quelques années suffirent pour changer entièrement à cet égard les bases de la nosologie. Broussais vint et la gastrite ne fut plus une maladie sans importance ; jointe à l'entérite et sous le nom de gastro-entérite, gastro-colite, etc., elle devint elle-même la base de la pathologie toute entière : l'embarras gastrique, l'embarras intestinal, les fièvres gastriques ou bilieuses, les fièvres adynamiques, ataxiques, le choléra-morbus, la fièvre jaune, la peste, tout jusqu'au cancer lui-même fut rattaché à ce point culminant. Peu s'en fallut que la variole et toutes les fièvres éruptives ne se confondissent dans cette dénomination commune. Le traitement se simplifia, les délayants et les saignées prirent la place de tout l'appareil pharmacologique, la thérapeutique se résuma à peu près dans les mêmes termes et la science prit un tel aspect de simplicité uniforme, que l'étude devait cesser d'exiger des efforts d'esprit et du temps.

La gastrite et la gastro-entérite occupaient quelques pages; des volumes entiers leur furent consacrés, les observations se multiplièrent, les disciples enthousiastes débordèrent de toutes parts et le maître fut dépassé.

De bons esprits cependant s'opposèrent et à cet élan et à ce recul non moins dangereux. La polémique et les exagérations cessèrent, et il resta des travaux consciencieux, des idées neuves et fécondes, et en résumé une importante modification dans le diagnostic et la thérapeutique de la gastrite.

Désirant dans cet ouvrage destiné aux praticiens donner en peu de mots un aperçu vrai de l'état de la science, tout en évitant, autant que possible, les questions de doctrine, nous commencerons par adopter une division simple et pratique, et rapprocherons la gastrite de l'entérite, afin que nos lecteurs apprécient d'un coup d'œil le progrès obtenu à travers les discussions de nos dernières années et la révolution opérée pour et contre la doctrine dite physiologique.

Nous avons déjà traité d'une manière complète (t. V de la *Bibliothèque du médecin praticien*, p. 583 et suivantes) de la gastrite chez les enfants; nous renverrons au volume destiné à la *toxicologic*, la gastrite par empoisonnement; il nous reste donc à traiter ici de la *gastrite spontanée* ou due à des causes diverses et autres que l'ingestion d'un poison irritant. Nous diviserons la gastrite en *gastrite aiguë* et *gastrite chronique*. Nous avons traité ou nous traiterons à part de l'*embarras gastrique* et *intestinal*, de la *fièvre gastrique* ou *bilieuse* (voir le chapitre consacré aux fièvres), du *choléra-morbus*, de la *dyssenterie*, etc.

§ I. Gastrite aiguë.

Causes. — Les causes de la gastrite sont les mêmes que celles des autres inflammations, en outre on signale les contusions, les chutes sur la région épigastrique, l'ingestion d'une boisson froide ou glacée après un exercice violent, un emportement de colère, le corps étant en sueur, les émotions morales vives, l'indigestion par excès d'aliments dans la convalescence d'une maladie grave, l'abus des boissons alcooliques, la présence de corps étrangers tels qu'une pièce de monnaie, un fragment aigu d'os dans l'estomac, la luxation de l'appendice xiphoïde du sternum.

« Elle est souvent produite, selon Pinel, par une hernie, des aphthes, par l'introduction de substances âcres dans l'estomac, par l'emploi imprudent des vomitifs, ou enfin par la suppression de la goutte et de différents exanthèmes. » (*Nosograph. philos.*, t. II, p. 502.)

A ces causes, il faut joindre, dit M. Dalmas, « l'usage d'aliments mal préparés ou de mauvaise qualité, des habitudes mal entendues qui troublent et empêchent le travail de la chylification, comme le trop grand nombre de repas, les fatigues excessives, ou le défaut absolu d'exercice, les travaux de cabinet et les veilles trop

prolongées. » (*Diction.* en 30 vol., t. XII, p. 536.)

Il faut ajouter encore les œufs de certains poissons, tels que ceux du brochet et du barbeau ; les moules à certaines époques de l'année ; la privation prolongée d'eau et de tout autre liquide propre à étancher la soif pendant une chaleur violente ; la faim non satisfaite pendant plusieurs jours ; les passions violentes et concentrées. (Roche, *Diction. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IX, p. 61.)

Symptômes. — Après avoir décrit les symptômes de ce qu'il appelle la *gastrite aiguë légère*, et qui ne sont autres que ceux de l'embarras gastrique, M. Roche signale en ces termes ceux de la gastrite sur-aiguë : « Voici, dit-il, quels en sont les symptômes, à cette seule différence près, que dans celle qui débute tout à coup, un frisson plus ou moins long ouvre la scène L'appétit est entièrement aboli, la soif est au contraire excessive, mais le malade ne peut souvent digérer la plus petite quantité de liquide sans le rejeter par le vomissement ; il désire des boissons froides et acidules ; il n'y a pas toujours douleur épigastrique, mais elle existe souvent et parfois même elle est intolérable ; elle se fait aussi ressentir parfois ailleurs qu'à l'épigastre ; ainsi, sous le diaphragme, derrière le sternum, entre les épaules, dans l'un ou l'autre hypochondre ; et dans ce dernier cas, elle s'étend souvent à l'épaule et au bras du même côté ; le plus ordinairement elle consiste dans un sentiment de brûlure intérieure ; quelquefois l'abaissement du diaphragme dans les mouvements d'inspiration s'augmente, ce qui gêne beaucoup la respiration. La gorge est en même temps sèche et quelquefois enflammmée ; les vomissements sont fréquents, souvent contenus et douloureux, et *toujours suivis de soulagement*, il n'entraînent souvent que les liquides ingérés, un peu de bile et quelques stries sanguinolentes, d'autres fois ils contiennent beaucoup de bile verte, porracée et âcre ; la langue rouge, pointue et rétractée ; la tête douloureuse (ce symptôme n'est pas constant) ; il y a quelquefois hoquet, aphonie, délire, soubresauts des tendons, mouvements irréguliers des muscles de la face et convulsions. Le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse extrême, quelquefois inégal, convulsif ; intermittent ; et, dans quelques cas, il est lent, comme si la douleur enchaînait les contractions du cœur. La chaleur est brûlante et générale, quoique toujours plus vive, toutefois à l'abdomen, quelquefois même elle est toute concentrée vers cette partie, et les extrémités sont froides. Le malade se découvre continuellement pour apaiser le feu qui le dévore ; il est dans une anxiété extrême et dans une agitation continuelle ; quelquefois il se couche sur le ventre. Enfin la sueur et les urines sont supprimées, or si cette dernière excrétion s'opère, ce n'est qu'en très petite quantité, quelquefois avec cuisson, et l'urine est alors rouge et concentrée. » (Roche, *Dict.* en 15 vol. t. IX, p. 62.)

Tels sont présentés d'une manière un peu confuse, il faut le dire, la plupart des symptômes de la gastrite aiguë. Voyons dans les auteurs les plus accrédités quels sont ceux de ces symptômes qui en dépendent réellement, qui la caractérisent et sont propres à telle ou telle variété.

1° *Gastrite érythémateuse*, ou *érysipélateuse.* — « Il est difficile, dit J.-P. Frank, de reconnaître la *gastrite érysipélateuse*, si on ne tire le diagnostic de l'absence de la fièvre inflammatoire, et de la présence des causes qui favorisent cette espèce de phlegmasie. Lorsque après la disparition d'un érysipèle, d'un exanthème, les symptômes de la gastrite se déclarent ; quand il existe une phlogose, un sentiment d'ardeur dans la bouche et le gosier ; qu'une fièvre gastrique, nerveuse, aphtheuse, a précédé l'apparition de la maladie, chez un individu faible ou cachectique ; lorsque les accidents se manifestent après l'ingestion d'une substance vénéneuse, suspecte ; qu'une chaleur brûlante dévore les entrailles, tandis que les parties externes éprouvent un froid glacial : on peut conclure au caractère érysipélateux de la gastrite. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique.* Paris, 1842, t. I, p. 210.)

2° *Gastrite folliculeuse.* — Signalée surtout chez les enfants (*Bibliot. du médecin praticien*, t. V, p. 587), cette forme est moins commune chez les adultes, et n'offre pas de caractères assez tranchés pour la faire reconnaître ; elle ne peut avoir d'im-

portance que sous le rapport anatomique. MM. Hardy et Béhier (*Traité élémentaire de pathologie interne*, t. II, p. 205) sont portés, d'après les observations, à croire que dans cette forme de gastrite, les phénomènes locaux sont longtemps à l'état latent et la réaction générale peu prononcée.

» 3° *Gastrite phlegmoneuse.* — La gastrite *phlegmoneuse*, comme les autres inflammations, débute fréquemment par un frisson suivi de chaleur interne, avec soif, anxiété très grande, tension de la région précordiale et de l'épigastre; ardeur et douleur qu'augmentent avec intensité la moindre pression, la seule application des doigts, le contact des couvertures, une inspiration forte, la toux, un effort. L'extrême sensibilité de l'estomac occasionne des nausées continuelles, des vomituritions, des éructations douloureuses et piquantes; l'ingestion des matières, surtout un peu irritantes, produit un sentiment d'ardeur, d'angoisse; enfin le vomissement. Ces accidents, dans un cas grave, s'accroissent avec rapidité, si l'on ne se hâte d'y porter remède; à peine le malade a-t-il avalé, avec un sentiment d'ardeur intolérable, une petite quantité d'un liquide aqueux ou sans saveur, qu'il le rejette, seul ou mêlé de beaucoup de bile érugineuse. Le ventre n'est pas libre; souvent il existe une constipation opiniâtre. Le pouls est petit, fréquent, serré et dur, ou intermittent, inégal; l'insomnie, l'inquiétude, l'agitation, la dyspnée, la soif, la sécheresse de la bouche augmentent incessamment. Le hoquet, qui augmente considérablement la douleur, la chute des traits de la face, le refroidissement des extrémités, la prostration absolue des forces, et, dans plusieurs cas, si le spasme s'étend au duodénum, l'ictère, quelquefois le délire se manifestent; enfin, tout sentiment de douleur, d'ardeur dans la région épigastrique disparaît; l'intermittence flatueuse du ventricule et de l'abdomen s'accroît, les boissons sortent par regorgement. Le malade rejette fréquemment avec force une matière séreuse; les extrémités deviennent froides comme le marbre, et les signes de la gangrène de l'estomac se prononcent, au milieu des lipothymies, des convulsions, symptômes que la mort ne tarde pas à suivre. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 210.)

Il existe, dans les degrés de la gastrite aiguë, une foule de nuances sur lesquelles il est utile de fixer son attention, car elles peuvent avoir beaucoup d'importance, et pour le diagnostic et pour le traitement.

« Tout ce que je puis dire ici, dit M. Roche, c'est que, chez les enfants, la gastrite la plus légère, celle qui n'est produite que par une simple indigestion, s'accompagne fréquemment de phénomènes cérébraux qui lui donnent une apparence de gravité propre à induire en erreur. Ainsi, l'assoupissement, le coma, la contraction et la dilatation alternatives des pupilles, le renversement du globe de l'œil, le grincement des dents, le serrement des mâchoires, les mouvements convulsifs et le délire, se manifestent souvent chez eux à l'occasion de l'irritation même légère de l'estomac. Chez les femmes, le délire, les soubresauts des tendons, et les mouvements convulsifs se joignent aux symptômes directs de la gastrite bien plus facilement que chez les hommes. Enfin, chez les vieillards, au contraire, une inflammation violente dévore quelquefois la membrane muqueuse de l'estomac, sans que, en raison du petit nombre et du peu de vivacité des sympathies mises en jeu, l'on puisse en soupçonner l'intensité et quelquefois même l'existence. Ces différences se représentent chez les divers individus, suivant que leur tempérament et leur idiosyncrasie les rapprochent de l'enfance et de la vieillesse, de l'un ou de l'autre sexe; elles s'expliquent par l'activité dont l'encéphale est le foyer dans l'enfance, par la vivacité des sympathies à cet âge et chez les femmes, par l'irritabilité extrême des uns et des autres; enfin par l'absence de toutes ces conditions chez les vieillards. » (Roche, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IX, p. 63.)

« *Siége et caractères anatomiques.* — Le siége de la gastrite est dans le système capillaire veineux qui forme la trame de toute membrane muqueuse; une *injection pénicillée*, voilà le seul caractère anatomique de l'état aigu essentiellement pathologique. Il faut bien distinguer cette rougeur de la rougeur cadavérique, suite

de la transsudation du sang à travers les parois veineuses, rougeur qui, tantôt longe les gros vaisseaux, et tantôt colore uniformément toute la surface de la membrane muqueuse. Dans l'un et l'autre cas c'est une véritable teinture. On trouve encore cette teinture uniforme à un degré très prononcé chez les individus qui succombent pendant le travail de la digestion, et chez ceux qui succombent à une maladie du cœur, et dont la circulation veineuse abdominale éprouve la même gêne que la circulation veineuse de toutes les parties du corps. La ligature de la veine porte détermine instantanément la couleur rouge noire de la muqueuse gastrique. » (Cruveilhier, *Dictionnaire* en 15 vol., t. VII, p. 504, article ESTOMAC.)

« Dans la gastrite aiguë, disent encore MM. Behier et Hardy, les altérations anatomiques sont le plus souvent bornées à la muqueuse; les autres tuniques sont sans altération; on peut cependant trouver la membrane celluleuse injectée; beaucoup plus rarement cette membrane participe au ramollissement de la muqueuse. On a recueilli quelques observations d'infiltration purulente siégeant entre la muqueuse et la membrane celluleuse et de petits abcès sous-muqueux. » (*Loc. cit.*, p. 200.)

C'est surtout dans la gastrite par empoisonnement et la gastrite suraiguë, que l'estomac diminue de capacité et se trouve réduit au volume du gros intestin ou de l'intestin grêle. (*Voy.* le volume de la *Bibliothèque du médecin praticien* consacré à la toxicologie.) Cependant dans la plupart de ses observations, Broussais signale cette circonstance. (Voir le *Traité des phlegmasies chroniques*.)

M. Bouillaud la signale également, et il ajoute : « C'est alors que la membrane muqueuse offre une rougeur vineuse générale, en même temps qu'elle est plissée sur elle-même, de manière à former de grosses circonvolutions qui rappellent celles du cerveau.

» J'ajouterai que chez les individus qui ont éprouvé une gastrite aiguë bien caractérisée, on trouve assez ordinairement la rate augmentée de volume et quelquefois plus ou moins ramollie. » (Bouillaud, *Traité de nosographie méd.*, t. III, p. 44.)

« Du reste, disent MM. Behier et Hardy, à la rougeur dépendant de la gastrite vient souvent se joindre un autre caractère qui peut lever toute difficulté; c'est le *ramollissement* de la membrane muqueuse, caractère au moins aussi important et que quelques médecins considèrent comme pouvant constituer à lui seul un signe de gastrite, tandis que d'autres le regardent comme une lésion particulière. Il est indispensable, lorsqu'on veut apprécier si un estomac a été ou non frappé de phlegmasie, d'étudier la consistance de la membrane muqueuse gastrique. Pour apprécier cette consistance, on incise légèrement la membrane muqueuse sur le point de l'estomac que l'on veut examiner, et on la soulève avec des pinces, de manière à former un lambeau; la longueur de ce lambeau donne une idée de la consistance de la membrane muqueuse; c'est ce que M. Louis a cherché à faire en déterminant à peu près la longueur des lambeaux dans les divers points d'un estomac sain; on obtient ainsi des fragments de 3 à 6 centimètres de longueur sur la petite courbure, de 1 centimètre et demi à 3 centimètres sur la grande courbure, d'un demi-centimètre à la région pylorique, et de 2 à 9 millimètres à la région splénique. Lors donc que les lambeaux obtenus n'auront pas à beaucoup près cette longueur, on pourra prononcer qu'il y a ramollissement de la muqueuse gastrique. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 198.)

M. Louis a également apprécié l'épaisseur de la muqueuse dans les divers points de l'estomac. Ainsi il a trouvé que le long de la grande courbure, la muqueuse a une épaisseur de 3/4 de millimètre à 1 millimètre, de 1/4 à 3/5 de millimètre seulement dans le grand cul-de-sac. Le maximum d'épaisseur de la muqueuse est dans la région pylorique. Nous estimons que dans ce point elle est de 1 à 1 1/2 millimètre (Grisolle).

D'autres fois cette expérience n'est pas nécessaire, la membrane muqueuse étant réduite en une pulpe qui ressemble à une couche de mucus, et que l'on peut élever en grattant légèrement avec le scalpel; la membrane celluleuse reste alors à nu au dessous.

A côté de la rougeur et du ramollisse-

ment on observe aussi quelquefois de l'épaississement dans la membrane muqueuse, épaississement général ou partiel.

« Quant aux liquides, ils sont souvent sans altération appréciable, ce sont des matières bilieuses ou muqueuses; quelquefois un mucus assez consistant adhère à la portion de la membrane interne qui est rouge et ramollie; en voulant l'enlever, il arrive alors quelquefois que la muqueuse cède et se déchire sous le moindre effort. Dans certaines circonstances on a trouvé un liquide sanguinolent ou même du sang pur dans la cavité gastrique. A la surface même de la muqueuse on a rencontré quelquefois des pseudo-membranes adhérentes; mais dans ces cas, il y avait toujours une stomatite pseudo-membraneuse, et l'inflammation gastrique ne pouvait être considérée que comme une extension de l'affection buccale. » (Behier et Hardy, *loc. cit.*, p. 198.)

M. Bouillaud dit avoir souvent constaté la non-acidité du mucus de la région pylorique et l'acidité de celui de la région splénique. Dans quelques cas la muqueuse est sèche, luisante, nullement tapissée d'une croûte muqueuse (*Nosographie*).

On peut encore rencontrer des ulcérations à la surface interne de l'estomac, mais ce fait est plus ordinaire dans la gastrite chronique. Dans la gastrite aiguë, elles ne sont pas profondes communément, et existent au milieu d'une rougeur diffuse : elles paraissent succéder aux taches rouges et à une injection capillaire, et d'autres fois elles succèdent à un simple ramollissement. Dans la gastrite *folliculeuse*, on voit de petites ulcérations arrondies, assez nombreuses qui sont la suite de l'inflammation des follicules de l'estomac qui, ailleurs, ne présentent encore que de la rougeur et du développement. (Voy. *Maladies des enfants*, t. V, *Bibliothèque*.)

Marche, durée et terminaisons. — La gastrite aiguë parcourt ordinairement sa marche avec rapidité, dit Pinel; le plus souvent elle est mortelle et suivie de la gangrène lorsqu'elle est portée à un haut degré d'intensité.

« C'est une maladie continue dans sa marche, quoiqu'elle présente souvent dans son cours des exacerbations ou des apparences d'améliorations momentanées; mais il n'y a jamais de véritable intermittence pendant laquelle tous les symptômes disparaissent.

» La durée de la gastrite aiguë est très variable, et dépend de la forme que revêt la maladie, ainsi que de son intensité. Lorsque la gastrite se termine par une perforation, la mort a lieu au bout de deux ou trois jours. Lorsque la maladie est moins intense, même dans les cas où l'issue doit être funeste, sa durée est de un à deux ou trois septénaires; au delà de six semaines, la maladie doit être considérée comme chronique. » (Hardy et Behier, *loc. cit.*, t. II, p. 204).

La gastrite aiguë se termine : 1° et le plus ordinairement par le retour à la santé; en ce cas, les accidents disparaissent peu à peu, l'appétit reparaît, la digestion se rétablit, et souvent après plusieurs oscillations le malade revient à l'état normal; 2° par l'état chronique (voy. *Gastrite chronique*); 3° par métastase sur les intestins, le foie ou le cerveau, les accidents gastriques disparaissent et les symptômes de l'autre maladie se déclarent; 4° par la mort. « Cette terminaison n'a lieu, dit M. Grisolle, qu'autant que la phlegmasie a eu pour effet de ramollir et de détruire une grande partie de la muqueuse stomacale, et d'apporter ainsi un obstacle à la nutrition. On conçoit aussi que la mort puisse dépendre d'une péritonite suraiguë, par suite de la perforation de l'estomac; mais cette lésion n'est presque jamais l'effet d'une gastrite aiguë simple; elle succède le plus communément à la gastrite par cause toxique (voy. le volume *Toxicologie*). Il en est de même de la gangrène, qui reconnaît presque toujours une cause spécifique. » (*Traité pratique de pathol. interne*, t. I, p. 264).

Diagnostic. — « La gastrite aiguë doit surtout être distinguée du ramollissement atonique de l'estomac, de l'embarras gastrique, de la gastralgie, des vomissements nerveux, de l'hépatite, de la péritonite, des coliques hépatique et néphrétique, etc. (voy. ces diverses maladies). Mais on peut résumer ainsi les caractères distinctifs de la gastrite, en disant que dans cette affection il existe une douleur vive à l'épi-

gastre, augmentant par la pression et s'accompagnant d'une soif vive, de nausées, de vomissements, et de la non-tolérance des aliments et des boissons. La rougeur de la langue est un phénomène exceptionnel qui, d'ailleurs, n'a par lui-même aucune valeur. C'est en étudiant ainsi l'état local et en le comparant aux autres symptômes, qu'on ne prendra pas pour une gastrite aiguë les troubles de l'estomac qui sont sympathiques. » (Grisolle, *loc. cit.*, t. I, p. 264.)

Pronostic. — La gastrite aiguë spontanée est en général une maladie peu grave chez les adultes.

Traitement de la gastrite aiguë idiopathique. — « Les moyens généraux, dit Pinel, qu'il convient d'employer contre cette affection ne diffèrent guère de ceux qu'on conseille contre les autres inflammations des membranes muqueuses. Néanmoins, comme l'estomac est alors dans un état tel qu'il ne saurait supporter même les liquides les plus doux, on ne doit faire usage que des mucilagineux, et en donner très peu à la fois. C'est en lavements qu'on est souvent obligé d'administrer les médicaments. Les sédatifs ne sauraient convenir avant que la chaleur de l'estomac ne soit considérablement diminuée, et que la douleur et les vomissements ne présentent une rémission notable. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 303.)

La doctrine physiologique a modifié d'une manière très notable ce traitement. « Dans les nuances légères, dit M. Roche, il suffit ordinairement de quelques jours de diète et de l'usage des boissons gommeuses, mucilagineuses ou acidules pour faire disparaître tous les accidents en peu de jours. (Il ne faut pas oublier que dans cette doctrine l'*embarras gastrique* était regardé comme étant *certainement* une des formes légères de la gastrite.) Lorsqu'elle est plus intense, il faut joindre à ces moyens les saignées locales à l'épigastre et les topiques émollients sur cette même région. C'est l'habitude clinique qui apprend à proportionner le nombre de sangsues et des applications que l'on en doit faire à l'intensité de la phlegmasie, à la force, au tempérament et à l'âge de chaque malade. Dans les cas d'extrême intensité, il est souvent utile d'accompagner ou de faire précéder les saignées locales par une ou deux saignées générales; ou bien lorsque les forces sont tellement prostrées par la violence de la phlegmasie que le pouls bat à peine et que les extrémités sont froides; il importe souvent, avant toute évacuation sanguine ou tout au moins en même temps qu'on y a recours, de provoquer une sorte de réaction au moyen des sinapismes et des vésicatoires. Les boissons doivent être administrées très *froides et même glacées*, à très petites doses, par cuillerées très rapprochées si elles sont à la glace, afin d'éviter de donner à la réaction qui suit toujours leur effet sédatif le temps de s'opérer. Si l'estomac ne peut pas même les garder en si petite quantité, il faut se borner à donner au malade quelques tranches de citron ou d'orange à sucer pour tromper sa soif. On peut en même temps appliquer *de la glace sur la région de l'estomac.* Une remarque importante à faire, c'est que, dans ces gastrites excessivement violentes dans lesquelles la douleur semble enchaîner le pouls, on voit ordinairement, après la première application des sangsues, l'artère monter rapidement de 60 à 80, 100, 120 et 130 pulsations par minutes. Bien loin d'indiquer un accroissement de symptômes, ce phénomène annonce une légère diminution, mais en même temps la nécessité de revenir aux saignées locales. Je ferai remarquer encore que plusieurs personnes ne peuvent pas supporter les acides; les personnes blondes, les individus très nerveux et les femmes sont en général dans ce cas; on remplace alors ces boissons par les décoctions très légères d'orge, de mauve, de chiendent, par les solutions de gomme ou d'albumine, et même par l'eau pure si ces liquides surchargent encore trop l'estomac.

» Les bains sont en général d'un médiocre secours dans la gastrite aiguë; cependant on y a recours quelquefois avec succès pour combattre un des symptômes les plus fatigants de cette phlegmasie, savoir, le vomissement opiniâtre. On doit, dans ce cas, y laisser séjourner les malades pendant plusieurs heures; on ajoute toujours à leur efficacité en les composant avec une décoction émolliente. On a com-

battu quelquefois aussi ce symptôme par l'application d'un vésicatoire sur la région épigastrique. Les lavements laxatifs concourent également à le faire cesser. Lorsque la douleur épigastrique est en même temps très vive, on retire parfois de bons effets de l'emploi du laudanum en frictions sur l'épigastre, et même à l'intérieur, mais à petites doses; en général les narcotiques sont de peu d'utilité dans cette affection. On peut poser en principe que plus le traitement de la gastrite aiguë est simple, et plus les chances de succès sont grandes. Une diète sévère, absolue, est indispensable tant que tous les symptômes ne sont pas dissipés, et l'on ne doit revenir aux aliments dans la convalescence qu'avec les plus grandes précautions, et en commençant par les plus légers, tels que le lait, d'abord, puis les potages maigres, puis les légumes, les œufs frais, le poisson, et enfin les viandes blanches. » (*Dictionn.* en 15 vol., t. IX, p. 65.)

Il y a sans doute quelque exagération dans ces préceptes, et bien des fois ils ont dû être appliqués à des cas où la nature inflammatoire de la maladie était mal déterminée. Bien des fois une diète trop absolue a dû nuire au rétablissement de certains malades. Mais on ne saurait disconvenir que ces détails n'aient une couleur pratique bien positive, et que les indications qui y sont posées avec tant de soin ne soient un véritable progrès. Ces préceptes s'accordent d'ailleurs en partie avec ceux qui sont posés par J.-P. Frank. Selon lui aussi, « dans la gastrite déclarée, si elle présente le caractère phlegmoneux, si elle s'accompagne d'une fièvre inflammatoire, le traitement réclame promptement une saignée copieuse, que ne contre-indiquent point la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, l'inertie du principe vital. On répète cette évacuation, selon la violence des symptômes, en suivant les règles exposées ailleurs. On pratique des onctions sur la région de l'estomac et sur tout l'abdomen, avec un liniment volatil opiacé; on fomente ces parties avec une décoction émolliente, ou du lait tiède dans lequel on dissout du savon. Après quelques saignées, on applique sur l'épigastre un large vésicatoire rubéfiant. Les boissons (émollientes) *ne doivent pas être froides.* » (J.-P. Frank, *Traité de méd. prat.*, t. I. p. 212.)

Il y a ici contradiction manifeste entre les prescriptions de Frank et celles de la doctrine physiologique. Frank ne veut pas qu'on donne *froides* les boissons que Broussais et ses élèves conseillent *glacées*. Il est vrai que les conseils donnés par ces derniers pour éviter la réaction, et qui consistent à faire prendre les boissons glacées par cuillerées répétées, peuvent expliquer les avantages qu'ils disent y avoir reconnus, et que, hors le cas d'une complication du côté de la poitrine, nous n'apercevons pas un inconvénient réel dans cette prescription. Frank est d'ailleurs très explicite sur les autres moyens, et se rapproche des opinions physiologiques, en repoussant avec énergie les évacuants dans la plupart des cas.

« L'émétique est ordinairement mortel, dit-il, dans cette maladie; les cathartiques, proposés par d'excellents médecins dans le cas de saburres, ne sauraient être employés sans précaution; nous n'en prescrivons l'usage que lorsque l'inflammation est déjà bien calmée; nous n'osons guère conseiller les substances salines; nous préférons la manne dissoute dans l'émulsion gommeuse, ou cette émulsion seule avec l'huile de ricin. Ce n'est pas sans raison que nous redoutons l'anti-émétique vanté pour arrêter le vomissement; car l'effervescence du liquide dégage une grande quantité d'air, qui distend l'estomac. Nous ne donnons l'opium que lorsque l'inflammation est dissipée, et qu'il reste un état de sensibilité vicieuse; dans ce cas même, il agit plus sûrement en clystère.

» La gastrite *érysipélateuse* s'exaspère par la saignée, à moins qu'elle ne s'accompagne d'une fièvre inflammatoire manifeste. Elle demande les remèdes appropriés à l'affection primitive; car elle est presque toujours symptomatique. Souvent on a recours à l'application du vésicatoire sur l'épigastre, aux ventouses sèches, et lorsque l'indication de la saignée n'est pas bien évidente, aux ventouses scarifiées. Si une matière acrimonieuse, saburrale, paraît être la cause de l'inflammation, il convient d'administrer les évacuants que nous venons d'indiquer ou le petit-lait *tamariné;* lorsque le vomissement les re-

jette, les clystères avec le nitre et la décoction aqueuse de tamarins. Dans un cas de fièvre nerveuse, avec grande faiblesse, on prépare les lavements avec le quinquina et le camphre. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 213).

Quant à la guérison de la gastrite terminée par suppuration, elle est, selon le même auteur, l'ouvrage de la nature et non du médecin. Il prescrit, en ce cas, des aliments liquides et en petite quantité, une boisson adoucissante, et attend patiemment l'ouverture spontanée de l'abcès dans l'estomac. L'ulcère qui en est la suite ne comporte guère d'autres remèdes, dit-il, qu'un régime sévère, composé de bouillons de viande dans lesquelles on délaie un jaune d'œuf frais, etc. Quant aux balsamiques, ils sont contre-indiqués. Dans cet état désespéré, on peut essayer l'usage des eaux acidules, gazeuses, coupées avec un peu de lait d'ânesse, et les lavements de quinquina.

Nous avons insisté sur la description et le traitement de la gastrite aiguë ; les détails dans lesquels nous sommes entré nous ont paru nécessaires, non seulement pour l'intelligence de cette maladie importante, mais encore pour l'étude des autres affections qui ont des rapports avec elle ; ils simplifieront beaucoup ce qui nous reste à dire sur la *gastrite chronique.*

§ II. Gastrite chronique.

Causes. — Les causes sont à peu près les mêmes que celles de la gastrite aiguë, et consistent surtout dans les écarts de régime et l'insuffisance, l'excès ou la mauvaise qualité de l'alimentation, dans les veilles prolongées, les travaux assidus, les rétrocessions, etc.

Symptômes. — La *gastrite chronique* peut se développer d'emblée, spontanément ou être la suite de la gastrite *aiguë.* Nous en emprunterons la description à Broussais :

« La gastrique chronique prélude de la même manière que l'aiguë. Si le médecin examine attentivement l'état du malade, il lui retrouve tous les symptômes de l'état aigu, mais dans un degré beaucoup moins considérable, à quelques exceptions près.

» Le malade se plaint d'une douleur transversale à la base de la poitrine, c'est-à-dire dans le fond des hypochondres, à l'épigastre. Cette douleur est continuelle et fort importune ; elle peut être brûlante, lancinante, pongitive et bornée à un point très rétréci. Elle est le plus souvent accompagnée d'un sentiment de constriction.

» L'appétit manque toujours, et même il est remplacé par un dégoût universel, lorsque la maladie existe dans son plus haut degré ; mais quand il en resterait encore, la digestion est tout à fait imparfaite. Les aliments sont ordinairement vomis peu de temps après qu'ils ont été pris. Plus les malades ont mangé et plus ce qu'ils ont pris était stimulant, plus tôt ils vomissent, et cela les soulage beaucoup. Ceux qui ne vomissent pas, soit que la maladie soit moins intense, soit que l'idiosyncrasie particulière de l'estomac s'y refuse, sont fatigués pendant tout le temps que dure la digestion stomacale, par des pesanteurs, des nausées, des rapports acides et corrosifs ou nidoreux et fétides, par la ramification, et l'espèce de douleur gastrique à laquelle ils sont accoutumés s'exaspère.

» Ces souffrances, bien peu vives, sont toujours difficilement supportées par les malades, qu'elles rendent tristes, impatients, taciturnes. Ils ont l'air souffrant, la peau ridée à longs traits, les conjonctives rouges, les lèvres et les éminences malaires d'un rouge foncé et vineux, tirant vers la couleur de la teinture du bois de Campêche. La langue et tout l'intérieur de la bouche offrent d'ordinaire le même aspect. Cependant on voit quelquefois sur le milieu de la langue une espèce d'encroûtement muqueux et desséché en forme de fausse membrane. J'ai encore trouvé chez certains sujets la langue très chargée, très muqueuse, l'haleine fétide et la bouche habituellement amère ; mais on doit se souvenir qu'il n'y a point de signe exclusif, et que le diagnostic ne peut résulter que de l'ensemble.

» Aussitôt que la gastrite chronique est bien établie, le tissu cellulaire sous-cutané est à peu près effacé, bien que les muscles soient peu diminués de volume ; la peau est collée sur ceux-ci et s'enfonce dans leurs interstices. Le tissu cellulaire est si contracté, qu'on ne peut faire mouvoir la peau dans les régions où d'ordinaire elle est fort lâche. Dans aucune autre es-

pèce de marasme, je n'ai vu cette adhérence aussi prononcée. Si l'on ajoute à ce caractère de la peau celui tiré de sa coloration (qui est toujours d'un brun tirant vers l'ocre ou la lie de vin), on aura deux des signes les plus constants de la gastrite chronique. Dans l'état avancé, la peau se couvre, en une foule de points, de taches d'un rouge vineux très foncé, et tenant même du violet.

» La toux gastrique à petites secousses peut se faire quelquefois remarquer.

» Dans le commencement de la gastrite chronique, la circulation générale n'est point influencée de manière qu'il en résulte un mouvement fébrile appréciable. Lorsque le mal a fait certains progrès, le pouls devient raide et fréquent, en même temps la peau est chaude et sèche au tact. Il y a toujours un redoublement dans la soirée, pendant lequel le malade s'agite et se tourmente. Si ce degré se maintient quelque temps, les forces se dissipent promptement (cette gastrite rentre dans la classe des aiguës); mais si le mouvement fébrile n'est marqué que par une fréquence du pouls sans chaleur de la peau, ou si le patient n'éprouve que quelques heures de chaleur vers le soir ou pendant la digestion, la maladie peut persister dans l'état chronique. Dans tous les cas, quand elle tire beaucoup en longueur, le mouvement fébrile s'efface, et le redoublement du soir cesse d'être sensible. En même temps aussi la peau se refroidit et prend la teinte ci-dessus indiquée; enfin le marasme se prononce de plus en plus. » (Broussais, *Histoire des phlegmasies*, t. III, p. 41.)

Les auteurs, parmi lesquels nous citerons MM. Andral et Bouillaud, s'accordent pour reconnaître que rien ne peut faire diagnostiquer d'une manière certaine les *variétés* de cette maladie, ou du moins que les modifications que présentent les symptômes, suivant que la maladie est partielle ou générale, suivant qu'elle n'affecte que la membrane muqueuse, ou qu'elle a envahi les tissus sous-jacents, et entraîné telle ou telle espèce de *lésion organique*, ne peuvent offrir aucune certitude, à moins qu'il ne se soit développé des tumeurs sensibles au toucher, et placées de manière qu'on ne puisse pas les confondre avec de pareilles tumeurs développées dans le voisinage de l'estomac. (Voy. l'article CANCER.)

Nous n'avons pas à nous occuper ici d'une lésion que la plupart des auteurs considèrent comme la suite de l'inflammation, le ramollissement de l'estomac. Nous avons traité avec tous les détails nécessaires du ramollissement gélatiniforme chez les enfants. (Voy. t. V, p. 592 et suiv.) Le ramollissement rouge ou inflammatoire accompagne la gastrite aiguë, la phthisie, la fièvre typhoïde, etc. Nous renvoyons à ces maladies ce que nous avons à dire de cette lésion à laquelle nous consacrerons d'ailleurs un article particulier.

Caractères anatomiques de la gastrite chronique. — « De même que la gastrite aiguë, la gastrite chronique est caractérisée par des changements dans la coloration et la nutrition de la membrane muqueuse. Fréquemment aussi on observe des changements dans l'ampleur et la forme de ce viscère. Celui-ci peut être tellement revenu sur lui-même, lorsque la maladie s'est prolongée, qu'il égale parfois à peine le volume du gros intestin. Dans la gastrite chronique, la membrane muqueuse est rarement colorée en rouge; mais le plus souvent elle est grisâtre, ardoisée ou brune. Ces colorations sont uniformes ou bien disposées par zones, par plaques, plus rarement par pointillés, etc.; mais quelles que soient leur distribution et la nuance de la teinte, on ne peut jamais, d'après ce seul caractère, établir l'existence de la gastrite chronique; car ces colorations se rencontrent fréquemment sur des sujets qui ne présentent aucun trouble du côté des fonctions digestives. D'ailleurs, ainsi que cela résulte, surtout des recherches de M. Louis, les colorations diverses de la membrane muqueuse indiquent bien moins une phlegmasie *actuelle* que l'existence d'une inflammation *ancienne*. Dans la gastrite chronique, on trouve, en outre, la muqueuse épaisse, plus consistante ou bien ramollie, et ce ramollissement coexiste souvent avec un amincissement du tissu. D'ailleurs l'épaississement, l'atrophie ou l'hypertrophie de la muqueuse, ne peuvent jamais à eux seuls caractériser une inflammation. » (Grisolle, *loc. cit.*, t. I, p. 265.)

M. Louis a décrit, sous le nom d'état

mamelonné et comme résultat de l'inflammation, une variété de l'hypertrophie de la membrane muqueuse; elle consiste en saillies plus ou moins arrondies, de 5 à 7 millimètres de diamètre, analogues aux bourgeons charnus des plaies suppurantes; seulement un peu plus décolorés et séparés entre eux par des sillons étroits, dans lesquels la muqueuse est un peu amincie. C'est surtout à la région pylorique et au voisinage de la grande courbure que cette lésion existe; mais cet état se rencontre chez des individus qui n'ont pas éprouvé de symptômes de gastrite; il ne peut donc être regardé comme pathognomonique.

Quant aux ulcérations simples de l'estomac, un médecin de Vienne, M. Rokitanski, dit les avoir souvent observées (*Archiv. génér.*, 1840). M. Cruveilhier les a aussi décrites et les regarde comme plus fréquentes à la suite de la gastrite chronique qu'après la gastrite aiguë. Leurs bords sont durs, leur fond grisâtre; ils sont adhérents ou décollés. Leur étendue varie depuis celle des pièces de 1 à 2 francs jusqu'à celles de 5 francs et plus. Elles sont circulaires ou elliptiques, isolées ou se réunissent; leurs contours sont alors fort irréguliers, envahissant la muqueuse seule ou se communiquant aux membranes subjacentes et jusqu'au péritoine; elles donnent en ce dernier cas lieu aux perforations. Une artère assez considérable peut se trouver atteinte par le travail désorganisateur, et quelquefois alors l'estomac est distendu par un caillot de sang noirâtre considérable.

62 fois sur 79 M. Rokitanski a rencontré une seule ulcération: il y en a quelquefois plusieurs, et il les attribue à un ramollissement circonscrit ou à une escharre. Ces ulcérations peuvent se cicatriser et guérir; récente, la cicatrice est marquée par une simple dépression blanchâtre ou lisse; plus ancienne, elle disparaît et se confond dans les tissus environnants. Si la perforation a eu lieu et que l'observation soit survenue à l'aide de quelque viscère voisin, la cicatrice est inégale, froncée, irrégulière, fibreuse même dans quelques points. (Voy. *Péritonite.*)

Marche, durée, terminaison. — La durée de la gastrite chronique est toujours longue, rarement moindre de deux ou trois mois, et souvent de plusieurs années. Elle se termine le plus ordinairement par la guérison après avoir offert de nombreuses exacerbations. L'issue funeste est ordinairement déterminée par une complication telle qu'une hématémèse, une perforation. L'hypochondrie est souvent observée chez les individus qui sont affectés de gastrite chronique.

Diagnostic. — Cette maladie peut être confondue avec les névroses et le cancer de l'estomac (voir ces diverses maladies). Nous avons vu à ce sujet l'opinion de MM. Andral et Bouillaud. Quant à savoir si la gastrite est partielle ou générale, si elle est compliquée ou non d'ulcération, la difficulté n'est pas moindre. « Cependant, dit M. Grisolle, il est des symptômes qui, par leur réunion, doivent faire craindre l'existence d'une ou de plusieurs ulcérations: ce sont surtout la cardialgie, les douleurs dans le dos, l'hématémèse, les vomissements plus fréquents, survenant peu après l'ingestion des aliments, vomissements qui, d'après M. Rokitanski, contiendraient souvent des flocons d'un brun noirâtre. » (*Traité de pathologie*, t. I, p. 270.)

Pronostic. — Il est peu grave, à moins que la gastrite chronique ne se prolonge longtemps et ne nuise à la nutrition d'une manière complète. Le danger est plus grand quand il y a complication d'ulcérations.

Traitement. — Nous emprunterons à M. Roche la plus grande partie de ce que nous avons à dire sur ce point. Les détails dans lesquels entre cet auteur sont complets et offrent un grand intérêt pratique.

« La première condition à remplir dans le traitement de la gastrite chronique, comme dans toutes les affections en général, est d'éloigner les causes d'excitation de l'organe malade, et de le condamner au repos plus ou moins complet. La diète ou un régime sévère satisfont à cette première indication, et suffisent quelquefois pour guérir la maladie lorsqu'elle est légère; mais, dans la majorité des cas, ces moyens échoueraient si l'on n'en secondait l'effet par les saignées locales, les boissons émollientes, acidules ou gommeuses, les topiques émollients et narcotiques, l'exer-

cice, les bains, les frictions sèches sur la peau, l'emploi des révulsifs plus ou moins énergiques sur la région même de l'estomac; enfin, dans les cas extrêmes, par les sétons et les moxas sur la même région. »

Après des détails assez étendus et que nous croyons inutile de reproduire, sur le mode d'administration des émollients, sur le régime, etc., l'auteur continue ainsi :

« L'un des révulsifs le plus généralement prescrit, le plus efficace peut-être, c'est la pommade stibiée. On en fait faire des frictions sur l'épigastre jusqu'à ce qu'il y ait une éruption assez considérable de boutons; on continue ces frictions pendant quelques jours encore pour forcer le développement de ces boutons; et lorsqu'ils sont assez volumineux, on suspend l'usage de la pommade pour y revenir dès qu'ils s'éloignent. On entretient de la sorte, et pendant autant de temps qu'il est nécessaire, une inflammation de la peau et une suppuration qui exercent une révulsion continue et très puissante sur la phlegmasie intérieure. Enfin, si cela ne suffit pas, on a recours à l'application d'un séton ou d'un moxa. Cette dernière médication est plus puissante que la première; mais elle expose, lorsque les parois abdominales sont minces ou le sujet trop irritable, à produire un accroissement subit et violent de la phlegmasie, qui peut entraîner la mort en peu de jours. Le séton a, de son côté, l'inconvénient d'être très douloureux à panser, de sorte qu'il est difficile de dire lequel des deux moyens est préférable. Je les ai abandonnés l'un et l'autre, et les ai remplacés par l'application de la potasse caustique, qui, en général, est peu douloureuse, et dont on peut graduer l'action à volonté. Je produis ainsi plusieurs escharres à des intervalles plus ou moins éloignés, j'entretiens la suppuration des plaies qui succèdent à leur chute, en les excitant au moyen d'une pommade irritante telle que celle de Garou, par exemple, et sans jamais les convertir en cautères au moyen de pois; et lorsqu'elles se cicatrisent malgré les onguents irritants, j'ai de nouveau recours au caustique pour en produire de nouvelles. Il serait inutile d'essayer la révulsion au moyen des vésicatoires; ils n'ont aucune efficacité dans cette maladie, et sont très gênants. » (Roche, *Dictionnaire* en 15 vol., t. IX, p. 71 et suiv.)

On peut administrer avec avantage certaines eaux minérales, spécialement les eaux de Cauterets, d'Ems, de Bussang, de Vichy, de Plombières, de Wiesbaden, etc., ces dernières surtout lorsque les malades sont tourmentés par des aigreurs.

« Lorsqu'on soupçonne des ulcérations, dit M. Grisolle, MM. Cruveilhier et Rokitanski s'accordent pour conseiller la diète lactée. Ils donnent le lait pur ou coupé avec l'eau de chaux, ou une eau minérale; ce liquide est pris froid ou chaud, frais ou bouilli, suivant qu'il est plus ou moins bien digéré dans ces divers états. Il est des malades cependant qui ne peuvent en supporter l'usage; on le remplace alors par des panades ou par des décoctions mucilagineuses. Si les douleurs sont très vives, il faut chercher à les calmer par l'usage de l'opium à l'intérieur; on pourra même administrer ce médicament avant ou après le repas, sans craindre de ralentir le travail de la digestion. Dans ces cas, l'opium nous paraît plus utile et d'un effet plus constant que le sous-nitrate de bismuth qu'on a également conseillé, et qu'on peut donner à la dose de 50 à 75 centigrammes au commencement des repas.

» Cependant il arrive une époque où, bien que l'état phlegmasique soit éteint, l'estomac néanmoins ne reprend pas ses fonctions; il semble alors que ce viscère soit frappé d'atonie. C'est dans ces conditions qu'il convient de prescrire une nourriture légèrement stimulante; on donnera les préparations de quina, et les ferrugineux, etc., mais on ne devra jamais employer ces moyens qu'avec prudence et comme à tâtons, jusqu'à ce qu'une amélioration évidente ayant suivi leur emploi, on puisse les prescrire avec plus de confiance. Je ne dirai rien ici des solutions arsenicales, ni du nitrate d'argent, ni du sulfate de fer, que les médecins anglais préconisent dans le cas de gastrite chronique ulcéreuse; car ces moyens sont irrationnels, et on conçoit qu'ils puissent produire de graves accidents, c'est donc une raison de s'en abstenir désormais. (Grisolle, *Traité de pathologie*, t. I, p. 270.)

« Dans la convalescence de la gastrite

chronique, dit encore M. Roche, il est de la plus haute importance de ne revenir aux aliments que par une gradation soigneusement ménagée. Ce n'est aussi qu'avec la plus grande précaution que l'on peut administrer des stimulants; il faut en surveiller constamment les effets, et s'arrêter aussitôt qu'on s'aperçoit qu'ils surexcitent; quelques jours de diète sont souvent nécessaires pour réparer le mal qu'ils ont produit. En général, il vaut mieux s'en abstenir; et, lorsqu'on les juge nécessaires, comme chez les individus mous, lymphatiques, peu irritables, dans les contrées et les saisons froides et humides, et lorsque les membranes muqueuses visibles et la peau sont pâles et décolorées, le vin, les bons bouillons et les consommés sont de beaucoup à préférer aux toniques médicamenteux. » (Roche, *loc. cit.*, t. IX, p. 74.)

ARTICLE II.

Embarras gastrique.

Nous ne dirons pas, avec M. Roche, que l'embarras gastrique est *certainement* une des formes passagères de la gastrite chronique (*Dictionnaire* en 15 vol., t. IX, p. 67); nous ne le rangerons pas non plus avec Pinel dans la classe des *fièvres bilieuses* ou *gastriques*. Pour nous, cet état est intermédiaire entre l'une et l'autre de ces affections. Il peut en être précédé ou suivi; il peut également se dissiper sans y avoir donné lieu.

Causes. — Les causes de l'embarras gastrique sont, selon Pinel, un « état de débilité, une grande sensibilité morale, le séjour dans les hôpitaux, les prisons et sur les vaisseaux, la température chaude et humide, la fin de l'été; l'usage d'aliments difficiles à digérer, les excès de table, la vie sédentaire ou un exercice immodéré, les affections morales tristes, les emportements de colère, les études prolongées. » (*Nosographie philosophique*, t. I, p. 74.)

D'après les élèves de l'école physiologique, les causes de l'embarras gastrique sont toutes celles de la gastrite chronique; nous renvoyons à cet article pour que l'on puisse apprécier la justesse de cette opinion.

Ajoutons cependant ici aux causes signalées par Pinel, l'usage de substances grasses ou épicées, une constipation prolongée, les changements brusques de température, l'exposition au froid et à l'humidité; l'embarras gastrique enfin survient souvent comme complication dans les plaies et surtout dans celles de la tête, et à la suite des grandes opérations.

Symptômes. — L'embarras gastrique est caractérisé par la perte de l'appétit et un enduit qui recouvre la langue.

« L'embarras gastrique, dit M. Littré, commence ordinairement par un sentiment de malaise, une pesanteur générale, une diminution de l'appétit, un dégoût plus ou moins persistant pour les aliments gras, accompagné d'un léger enduit jaunâtre à la base de la langue. Lorsque cet embarras gastrique existe à un degré plus avancé, la céphalalgie se fait ordinairement sentir dans la région frontale. Le malade éprouve de l'accablement; le travail intellectuel lui est pénible; la conjonctive, les ailes du nez, le tour des lèvres sont d'une teinte jaunâtre, tandis que le reste du visage présente une lividité particulière; et si l'individu a les pommettes habituellement colorées, elles sont alors d'un rouge terne ou violet; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais, qui est ordinairement plus foncé à la base et au centre de cet organe; l'haleine est chaude et d'une odeur désagréable; il y a parfois des évacuations qui laissent un sentiment d'âcreté dans la bouche. » (*Dictionnaire* en 30 vol., t. XIV, p. 14.)

Joignez à ces symptômes la sensibilité de l'épigastre à la pression, un goût amer à la bouche, une diarrhée plus ou moins persistante, ou une constipation opiniâtre, la couleur jaunâtre foncée des urines qui deviennent épaisses et rares, et vous aurez une idée complète des symptômes de l'embarras gastrique dit bilieux, qui s'accompagne parfois de furoncles, d'éruptions herpétiques aux lèvres, etc.

L'embarras gastrique muqueux ou atonique est caractérisé par une simple pesanteur de tête, un enduit muqueux blanc ou blanchâtre de la langue, la bouche pâteuse; des aphthes, une odeur acide de l'haleine, une salive abondante, des nausées, quelques vomituritions, des digestions

difficiles; vomissements à jeun de matières muqueuses et filantes, urines pâles et abondantes, pâleur de la face et des lèvres.

« Cet état, ajoute Pinel, peut exister avec ou sans mouvement fébrile ; il s'accompagne quelquefois de phénomènes sympathiques plus ou moins alarmants, comme délire, surdité, apoplexie, paralysie, douleurs variées, convulsions, etc.

» Cette affection peut être sporadique, épidémique ou endémique. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 74.)

Durée et terminaisons. — L'embarras gastrique est ordinairement de peu de durée. Il peut cependant se prolonger pendant un temps plus ou moins long, plusieurs mois même, surtout si le malade continue à vivre dans les circonstances qui ont déterminé la maladie.

Il cesse par un vomissement spontané ou provoqué, et quelquefois sans évacuation sensible, ou se termine par des urines épaisses, des sueurs abondantes, une diarrhée passagère.

Diagnostic. — « On ne peut guère confondre l'embarras gastrique qu'avec la gastrite et surtout la gastrite chronique ; le ramollissement de l'estomac et l'hydropysie de cet organe. Dans la gastrite chronique, la douleur transversale à la base de la poitrine, *les vomissements spontanés qui n'apportent aucun soulagement*, l'inutilité et même le mauvais effet des vomitifs, la durée du mal empêchent de confondre cette affection avec l'embarras gastrique. M. Donné a signalé l'acidité de la salive comme un signe de gastrite (*Cours de microscopie*, Paris, 1844, p. 208) ; ce sera un caractère à consulter, quand la valeur en sera bien constatée. Le ramollissement de l'estomac présente la diminution ou la perte de l'appétit, des douleurs à l'épigastre, des nausées et des vomissements ; la douleur fixe et ordinairement croissante de l'épigastre, l'état de la langue, la durée du mal, l'impossibilité où est le malade, dans les périodes avancées, de tolérer même les boissons les plus douces, l'inefficacité de toute méthode évacuante, tels sont les signes différentiels. L'hydropisie de l'estomac, qui est toujours accompagnée de la dilatation de ce viscère, se reconnaît par la percussion de la région épigastrique, et par le flot qu'on y produit. » (Littré, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XIV, p. 16.)

Pronostic. — Le pronostic de l'embarras gastrique n'offre aucune gravité. La maladie se termine toujours par la guérison, à moins qu'il n'existe des complications.

Caractères anatomiques. — Cette affection ne se terminant pas par la mort, on ne peut connaître l'état dans lequel l'estomac se trouve, que la production en soit due à la mucosité fournie par les glandes de Brunner, par le suc gastrique altéré ou le reflux de la bile dans la cavité de l'estomac, par une irritation primitive ou secondaire du ventricule.

Traitement. — L'embarras gastrique cède le plus ordinairement à la diète et à l'usage d'une boisson délayante ; la magnésie calcinée est utile surtout chez les enfants. Si l'affection persiste, un vomitif peut en abréger la durée. On devra préférer le tartre stibié à la dose de 10 centigrammes dans trois verres d'eau, si l'embarras gastrique est accompagné de constipation. S'il est accompagné de diarrhée, on devra préférer l'ipécacuanha à la dose de 75, 90, 120 centigrammes en deux ou trois prises.

Les purgatifs, et entre autres l'émétique en lavage, réussissent également ; chez les enfants, le sirop d'ipécacuanha est préférable, à la dose de 32 grammes, étendu dans 60 à 80 grammes d'eau, à prendre par cuillerées.

Des purgatifs et des vomitifs devront être employés avec une grande prudence chez les individus robustes, sanguins, d'un tempérament irritable ; ils sont quelquefois précédés avec avantage d'une saignée du bras. Chez les individus faibles, d'une constitution lymphatique et dans la forme dite *muqueuse*, les toniques légers, les infusions aromatiques, le quinquina seront employés quelquefois avec avantage.

ARTICLE III.

Gastrorrhée (catarrhe de l'estomac).

La *gastrorrhée*, considérée comme symptôme d'une inflammation chronique de la membrane muqueuse, ne doit pas nous occuper ici ; nous n'avons qu'à renvoyer aux articles *Gastrite chronique*, *Embarras gastrique*, etc. Mais il existe un écoule-

ment chronique de l'estomac que l'on peut considérer comme idiopathique ou ne dépendant d'aucune lésion appréciable des parois gastriques. C'est cette affection que nous allons décrire en peu de mots.

Causes. — La gastrorrhée ou l'écoulement plus ou moins abondant d'un liquide glaireux et analogue au blanc d'œuf, qui est rejeté hors de l'estomac par le vomissement, s'observe assez fréquemment chez des personnes douées d'un grand embonpoint, sujettes à des écoulements muqueux, mangeant habituellement beaucoup, ou bien chez des sujets qui font un grand usage de liqueurs alcooliques. Mais ces diverses conditions individuelles sont, quant à présent, peu importantes; car on l'observe aussi chez des personnes qui présentent des conditions tout opposées. Les causes générales des catarrhes doivent d'ailleurs être considérées comme pouvant occasionner la gastrorrhée.

Symptômes. — « La langue est large, humide, recouverte d'un enduit blanc et épais; elle n'offre d'ailleurs aucune rougeur. Tantôt l'appétit est conservé, tantôt il est diminué ou complétement détruit : cela varie suivant l'ancienneté ou la gravité de la maladie. La bouche est pâteuse et le siége d'un goût fade; il y a des nausées. Quelquefois les malades éprouvent à l'épigastre une pesanteur qui est augmentée par l'ingestion des aliments. Souvent il arrive que les aliments mucilagineux déterminent cette pesanteur épigastrique; et même provoquent le vomissement. Alors les substances légèrement excitantes sont digérées plus facilement. » (Dalmas, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XI, p. 358.)

Le liquide vomi varie en quantité et en qualité; il consiste tantôt en de simples mucosités filantes, tantôt en un liquide blanchâtre, insipide, analogue à du blanc d'œuf cru.

Les vomissements sont faciles, abondants et ont lieu ordinairement le matin, ils peuvent se renouveler dans la journée, et aussitôt après le repas (pituite), sans que les aliments soient rejetés avec le mucus. Les malades conservent, en général, leur embonpoint.

Durée et terminaison. — La durée est très longue et la guérison difficile. Les changements de saison déterminent souvent des récidives.

Pronostic. — Peu grave, à moins de complications.

Traitement. — « Lorsque la gastrite chronique revêt la forme catarrhale, dit M. Dalmas, les purgatifs, même les vomitifs, deviennent d'excellents moyens. Le moment de les administrer est celui où après l'emploi des antiphlogistiques et un régime sévère longtemps continué, on voit les symptômes persister, la langue rester couverte d'un enduit blanchâtre, la bouche pâteuse se remplir d'eaux visqueuses et fades, et les évacuations se reproduire à la moindre excitation. L'ipécacuanha convient parfaitement. Après l'avoir administré, il est bon de faire prendre un purgatif salin ou le calomel. Ces évacuants, aidés de quelques infusions amères, procurent de bons effets et modifient la sécrétion dont la muqueuse est le siége. » (*Loc. cit.*, t. XII, p. 362.)

ARTICLE IV.

Rumination (mérycisme).

On a observé quelquefois chez l'homme des phénomènes morbides ou du moins insolites et analogues à la rumination, état naturel chez les animaux. Nous trouvons, entre autres, dans le *Traité de médecine pratique* de J.-P. Frank, quelques considérations intéressantes sur ce sujet, et un fait concluant; d'autres ont été rapportés par Fabrice d'Aquapendente, Pazonius, ou ont été insérés dans les *Annales de la Société de médecine pratique de Montpellier*, t. VI. Cela suffit pour nous engager à y consacrer quelques lignes.

« La rumination chez l'homme, dit cet auteur, est une maladie dans laquelle une partie des aliments remonte dans la bouche, ordinairement pour y subir une nouvelle mastication et retourner ensuite dans l'estomac. Le mouvement rétrograde s'exécute comme chez les animaux ruminants, sans nausées ni sputation, sans anxiété ni efforts de vomissement.

» *Symptômes.* — Il y a des personnes qui ruminent de suite après le repas ou un peu plus tard; il en est qui attendent que les aliments soient convertis en un chyme douceâtre. Par un acte en quelque sorte

volontaire, ces individus font remonter la pâte alimentaire dans leur bouche, et la savourent une seconde fois avec plaisir; d'autres, au contraire, ruminent chaque jour ou par intervalles, avec un pénible dégoût, des aliments encore à demi crus et acides, vingt-quatre heures après le repas. Cependant le dégoût ne provoque pas le vomissement. Chez la plupart des malades, les matières montent plusieurs fois dans la bouche, et retournent alternativement dans l'estomac, pendant quelques heures, jusqu'à ce que le phénomène cesse.

» Les individus atteints du mérycisme se plaignent ordinairement d'une grande faiblesse, de plusieurs symptômes qui annoncent un dérangement dans les fonctions des viscères abdominaux; le plus grand nombre éprouve des flatuosités continuelles, un sentiment d'oppression à l'épigastre après le repas, une lenteur considérable dans les digestions, des éructations, des borborygmes, la constipation. La substance avalée la dernière ne remonte pas toujours la première dans la bouche; souvent la rumination se fait sans ordre. Dans certains cas, la faim est considérable, quelquefois la santé se soutient assez longtemps; d'autres fois les fonctions de l'estomac se dérangent, la digestion se ralentit ou cesse, le corps, privé des sucs nécessaires à sa nutrition, se consume peu à peu et le malade périt dans le marasme. Il n'est pas toujours vrai que l'apparition d'une autre maladie guérisse la rumination. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 573.)

Causes. — Les causes de la rumination sont la voracité, la mastication imparfaite des aliments, la mauvaise habitude de rendre des vents par la bouche, le plaisir que l'on trouve à remâcher les aliments.

Diagnostic. — La rumination peut être confondue avec l'hypochondrie qui la précède souvent. Les renvois qu'éprouvent les hypochondriaques n'en diffèrent que parce qu'ils sont formés par une matière différente, des gaz qui ne peuvent subir la mastication ni retourner dans l'estomac.

Marche, durée, terminaison. — Le malade qu'a observé J.-P. Frank, et qui était un pharmacien de Paris, avancé en âge, était atteint d'hypochondrie au plus haut degré depuis quarante-cinq ans. Depuis la même époque, il éprouvait le phénomène de la rumination; sans nausées ni vomiturition, tous les jours après le repas les aliments remontaient dans la bouche. Il ne leur trouva jamais de saveur douceâtre. A la suite d'un grand repas, il pouvait à volonté ruminer la moitié de ses aliments, et le lendemain même indiquer la saveur de chaque mets en commençant par les derniers avalés. A la fin de cette maladie, qui fut longue, le malade, parvenu au plus haut degré de marasme, trouvait aux aliments une saveur acide; et quand il s'inclinait en avant, il se plaignait d'une douleur très aiguë à l'épigastre. Entre cette région et l'ombilic, on voyait une tumeur considérable et très dure. Au bout de quelques mois, le malade mourut; le chirurgien qui l'ouvrit dit que cette tumeur était formée par un squirrhe énorme du pancréas.

Pronostic. — A moins de complications fâcheuses, la rumination peut durer longtemps sans inspirer de craintes. Elle affaiblit moins que le vomissement.

Caractères anatomiques. — Nous n'avons rien à indiquer ici; la tumeur rencontrée chez le malade de J.-P. Frank était une complication sans laquelle la rumination pouvait exister, et a probablement existé longtemps. Fabrice d'Aquapendente ayant ouvert le cadavre d'un homme qui mangeait énormément et ruminait les aliments pendant longtemps, après les avoir pris, trouva l'estomac très volumineux. Panozzi, dans un cas analogue, trouva l'estomac et l'œsophage formés d'une tunique muqueuse très épaisse.

Traitement. — « Lorsque la rumination, dit Frank, provient du défaut de mastication ou de l'habitude, elle ne demande point de traitement particulier; il suffit de retenir le bol alimentaire quand on le sent remonter. Les observations des auteurs et le raisonnement doivent suppléer ici à notre expérience, qui nous apprend peu de choses sur cette maladie. Le malade mangera souvent, mais peu à la fois, ayant soin de bien mâcher ses aliments, et de choisir les plus faciles à digérer; il ne prendra par-dessus qu'une petite quantité de boisson; il retiendra autant que possible les vents qui peuvent s'échapper par la

bouche ; il s'abstiendra des végétaux peu nourrissants, surtout acides, farineux ; il boira, quelques heures après le repas, une petite quantité d'un vin pur et généreux. La rumination est-elle symptomatique, on combattra la maladie essentielle par les remèdes appropriés, si elle est susceptible de guérison. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 576.)

ARTICE V.

Vomissement.

Le vomissement est souvent symptomatique. Nous ne le traiterons pas sous ce point de vue. Lié à une affection organique de l'estomac ou d'autres viscères, à un état saburral, à une inflammation aiguë ou chronique du tube gastro-intestinal, à une péritonite, à une affection de l'utérus, du cerveau, tenant à une métastase rhumatismale, goutteuse ou autre, à la grossesse, à la présence des vers, etc., ce symptôme se trouve rappelé à l'occasion de chacune de ces maladies. Nous nous bornerons à le considérer ici comme idiopathique, essentiel, c'est-à-dire ayant sa cause directe dans un état nerveux de l'estomac ou dans une *action sympathique instantanée* (mal de mer).

Causes. — La titillation de la gorge par le moyen d'une plume ou du doigt suffit pour le déterminer, ainsi que l'anémie après des saignées abondantes ou des hémorrhagies considérables. La faim produit le même effet, comme aussi la faiblesse et la sensibilité trop grande de l'estomac chez les hystériques et les hypochondriaques. Il peut être provoqué par le hoquet, la toux, le souvenir d'un objet dégoûtant, la vue de cheveux dans un mets qu'on aime, l'impression de la lumière sur les yeux d'un homme longtemps retenu dans un endroit obscur, le mouvement de la voiture, les secousses de la balançoire, le roulis d'un vaisseau (ce qui constitue le mal de mer dont nous parlerons à la fin de cet article).

En un mot, toutes les causes capables d'irriter vivement ou d'une manière spéciale le ventricule, de le mettre en convulsion, de le gêner dans sa dilatation, d'empêcher le passage des matières dans le duodénum, occasionnent le vomissement idiopathique. Ainsi un excès d'aliments ou de boissons, des aliments mal triturés par les dents, les substances de difficile digestion, les corps étrangers retenus par le pylore, les substances corrompues, acides, les émétiques, les drastiques, les collections bilieuses, les vers, etc., et enfin toute cause capable de comprimer, de resserrer, d'obstruer le canal intestinal.

Symptômes. — Les symptômes précurseurs sont une sensation désagréable dans la bouche et l'estomac, des nausées qui augmentent continuellement, un sentiment d'ardeur, d'oppression à l'épigastre, des crachottements fréquents, la pâleur de la face, des horripilations, des bâillements, le tremblement de la lèvre inférieure, des sanglots, de la toux, des éructations avec anxiété, constipation. « Au dernier instant qui le précède, dit Frank, efforts inutiles, pendant lesquels on éprouve une commotion dans le ventricule, du pylore vers le cardia ; contractions alternatives des muscles abdominaux, suspension de la respiration, abaissement du diaphragme, augmentation de l'anxiété, sueur visqueuse et presque froide, larmoiement, enfin mucosités par le nez, coloration et tuméfaction du visage, augmentation de la toux.

» L'estomac entre en convulsion ; il survient des tremblements dans les membres, une agitation générale ; les muscles abdominaux se contractent, la cavité de l'abdomen se resserre, quelquefois même les intestins s'échappent et forment des hernies. Au milieu de ce trouble, pendant une expiration longue et bruyante, les matières sont expulsées avec violence par la bouche, souvent par les narines en même temps ; on rend d'abord, à moins que l'estomac ne soit plein, une humeur presque insipide, séreuse, pituiteuse, filante, ou le résidu des digestions. Bientôt, après une courte inspiration, un nouvel effort rejette un liquide jaunâtre, amer, enfin verdâtre, d'une amertume très prononcée. Un instant de repos succède à ces secousses, et on éprouve un grand soulagement. Mais lorsque la cause morbifique n'est pas entièrement éliminée, les efforts de vomissement ne tardent point à reparaître, plus intenses, accompagnés des mêmes symptômes et d'une anxiété plus considérable à l'épigastre. Quelquefois

l'estomac est absolument vide, les secousses qu'il reçoit n'en font plus rien sortir ; mais le foie, la vésicule du fiel et le duodénum, comprimés entre le diaphragme et les parois abdominales, versent dans l'estomac, par un mouvement rétrograde, une partie des humeurs qu'ils contiennent. En effet, la quantité des matières expulsées n'est pas proportionnée à la capacité de l'estomac ; elles présentent des qualités que cet organe n'a pu leur donner : quelquefois c'est du sang fourni par une autre source, ou ce sont des matières fécales, des liquides administrés en lavement, comme dans l'iléus. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 577.)

Diagnostic. — Le diagnostic du vomissement essentiel est difficile. Ce n'est que par l'étude attentive de tous les organes, en ayant recours aux commémoratifs, en interrogeant avec soin le malade sur les causes et les circonstances de la maladie, que l'on pourra s'assurer qu'une lésion organique, une métastase quelconque n'y ont pas donné naissance. Le vomissement se rencontre dans un nombre tel de maladies qu'il faudrait presque passer en revue toute la pathologie ; nous renvoyons donc aux articles *Gastrite*, *Entérite*, *Cancer*, *Hépatite*, *Péritonite*, etc., etc.

Pronostic. — Le pronostic du vomissement essentiel offre, en général, peu de gravité; il ne devient grave que par les complications.

Marche, durée, terminaison. — Le vomissement dépendant d'un excès de table, d'une impression morale, se dissipe ordinairement avec la cause qui l'a produit. S'il devient chronique, il est rare qu'il ne se lie pas à un désordre organique. Dans le premier cas, la guérison survient le plus ordinairement; dans le second cas, la guérison peut encore avoir lieu au bout d'un temps assez long, et une issue fatale est due aux progrès de l'affection qui se développe plus tôt ou plus tard.

Traitement. — Le traitement doit être basé sur les causes du vomissement. « Cependant, dit Frank, il convient dans tous les cas d'examiner si le malade n'a point de hernie, quand même il existerait une autre cause capable de produire la maladie. Il faut avoir soin de tourner sur le côté ou d'incliner en avant les enfants que l'on couche sur le dos, autrement ils courent le risque d'être suffoqués ; il en est de même des adultes qu'une maladie longue ou grave a affaiblis et retient couchés en supination, dans un état d'immobilité. On doit toujours tenir le ventre libre au moyen des clystères, afin de rétablir le mouvement péristaltique. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 588.)

Nous ne disons rien du traitement du vomissement symptomatique, il consiste à combattre la maladie qui le produit. Nous renvoyons ce qui concerne le traitement du vomissement dû à un empoisonnement au tome XV de la *Bibliothèque du médecin* (Médecine légale et toxicologie).

Ici pourtant nous croyons devoir insister sur quelques précautions nécessaires. Ainsi, dans le vomissement par des excès de table, il faut le soutenir avec l'eau tiède ou le provoquer par un doux émétique, si les efforts de la nature ne suffisaient pas. Mais il faut prendre garde que l'estomac ne soit trop rempli ou contracté spasmodiquement à ses deux orifices. Alors le vomitif ne parviendrait pas dans sa cavité, ou l'effet en serait rendu dangereux par l'extrême distension de cet organe. On doit en ce cas donner d'abord les délayants, ou se contenter de chatouiller le gosier avec le doigt, avec les barbes d'une plume, afin de provoquer un vomissement sans secousses.

Le traitement du vomissement qui est dû à des excès de table, à la coarctation de l'estomac ou des intestins, rentre dans celui de la gastrite ou de l'entérite chronique, etc.

Nous renverrions également à l'article *Gastrite chronique*, ce que nous aurions à dire du traitement du vomissement dû à une sensibilité vicieuse et à l'irritation de la membrane muqueuse ; mais nous trouvons dans Frank des préceptes si remarquables, et qui sont dictés par une pratique si éclairée, que nous croyons utile de les reproduire textuellement.

« Dans le vomissement par excès de sensibilité de la part du ventricule, dit le professeur de Pavie, l'indication est de combattre les causes de cette disposition morbifique. Souvent la faiblesse de tout le système, particulièrement de l'estomac, est cause que cet organe ne peut supporter un léger excès dans la quantité des ali-

ments; qu'il est fatigué par les substances grossières ou imparfaitement triturées, chargées de quelque principe irritant, par les boissons spiritueuses; nous avons vu un homme très irritable à qui un peu d'eau-de-vie occasionnait toujours le hoquet. L'opium, à moins qu'on ne l'administre à petite dose, est rejeté par le vomissement, dans le choléra-morbus, la cardialgie, etc. Dans ces circonstances on prescrit de doux stimulants, qui ne mériteraient pas ce nom dans tout autre cas. Il est des fièvres asthéniques dans lesquelles l'extrême sensibilité de l'estomac ne supporte que l'eau froide ou les glaces. L'utilité des mucilagineux que l'on croit opérer en formant un enduit visqueux sur les parois du ventricule, ne dépend point de cette action mécanique, mais de ce que leur stimulus est très doux et en rapport avec la sensibilité de l'organe. Un grand nombre de filles chlorotiques, hystériques, dans une période avancée de leur maladie, vomissent la décoction de quinquina, tous les amers et même la teinture de Mars; mais elles s'accommodent très bien de l'élixir acide de Haller, de Mynsicht, étendu dans l'eau froide agréablement édulcorée; ces remèdes préparent l'estomac à supporter des stimulants plus actifs. Dans plusieurs cas graves, des médecins nous ont accusé de nous amuser, voyant que nous prescrivions de légers remèdes dans de grands maux; mais le succès justifiait notre conduite. Tandis que, par une méthode trop brusque, ils comprimaient infructueusement la maladie, et lui donnaient de nouvelles forces, nous guérissions nos malades en flattant d'abord le mal, en l'attaquant ensuite par de doux excitants; enfin par des moyens énergiques lorsque nous avions insensiblement accoutumé l'estomac à l'action des médicaments.

» D'autres fois, la sensibilité vicieuse du ventricule et le vomissement qui en tire sa source, tiennent à la perte des mucosités, dont il a été dépouillé par des émétiques, des purgatifs ou des poisons. On pourrait alors supposer une faiblesse indirecte amenée par une excitation trop forte; mais la perte du mucus animal mérite plus d'attention; il s'agit plutôt de suppléer à cet enduit naturel par un enduit artificiel que de présenter à l'organe un stimulus en rapport avec sa sensibilité. Il en est de même du vomissement qui survient après l'exfoliation des aphthes, dans un ulcère de l'estomac. Les meilleurs remèdes sont les bouillons de viande, auxquels on ajoute le salep, l'orge ou le riz, l'émulsion gommeuse. » (Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 592.)

§ II. Mal de mer.

Ce que nous venons de dire du vomissement spasmodique ou essentiel nous dispense de nous étendre longuement sur cette affection, qui n'en diffère que par la cause, et par cette circonstance qu'elle cesse immédiatement après la soustraction de cette cause.

Le mal de mer est une affection douloureuse, mais passagère, sans fièvre, consistant en nausées, vomissements répétés, cardialgie, accompagnée d'un grand abattement.

Causes. — Les causes se résument en une seule; le mouvement oscillatoire du vaisseau, connu sous les noms de *roulis* et de *tangage.* Quant à la supposition que les émanations de la mer, les exhalaisons nauséabondes de la cale, l'odeur du goudron pouvaient y contribuer, elle nous paraît complétement gratuite. L'odeur du goudron, quelque désagréable qu'elle puisse être pour certaines personnes, n'a jamais, que nous sachions, produit des nausées et des vomissements chez le plus novice navigateur, quand il est à terre; les exhalaisons de la mer sont très bien supportées par l'habitant des terres intérieures, et son appétit n'en est même le plus souvent que fortement stimulé, pourvu qu'il se contente de s'asseoir au bord du perfide élément; quant aux exhalaisons de la cale, elles n'existent pas sur ces frêles embarcations qui servent de véhicules pour les promenades sur la mer et il n'est pas rare de voir le moindre balancement des vagues occasionner tous les symptômes du mal de mer chez les amateurs qui se procurent pour la première fois cette innocente et agréable distraction.

Symptômes, marche, durée et terminaison. — Les sujets éprouvent d'abord un sentiment de malaise concentré à l'épigastre, commencent à cracher, fléchissent le tronc sur les cuisses, restent silencieux

et accroupis. « Ils ne tardent pas, dit Keraudren, à ressentir des vertiges, des éblouissements, la cardialgie, des nausées, et enfin des vomissements répétés et douloureux. Le ventre est habituellement fermé, et pourtant les déjections alvines sont quelquefois assez fréquentes pour donner à cette affection toute l'apparence d'un choléra. L'abattement et l'anxiété des malades sont bientôt au comble : ils frissonnent, ils chancellent, ils s'accroupissent ; ils n'ont ni la faculté ni la volonté de se mouvoir ; la menace, les mauvais traitements, ne peuvent les y déterminer. Dans cet état d'anéantissement, l'homme le plus délicat, comme l'animal le plus immonde, reste au milieu des ordures répandues autour de lui ; il ne prend plus aucun soin de son existence ; il refuse les aliments qui lui sont offerts ; il verrait avec indifférence qu'on voulût le délivrer de la vie. » (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXX, p. 125.)

Chez quelques personnes, le malaise épigastrique et l'anéantissement s'élèvent au plus haut degré sans pouvoir être suivis de vomissements, quelques efforts que fasse le malade. Cet état est plus douloureux que celui des personnes qui vomissent.

« L'époque où se déclare le mal de mer est assez variable. Lorsque la mer est houleuse, il se déclare quelques instants après qu'on a mis le pied sur le vaisseau ; dans les temps de calme, on n'en ressent généralement les atteintes qu'au bout de quelques heures ou vers la fin de la journée ; quelques individus ne commencent à le ressentir qu'au bout de deux jours. Sa durée est plus variable encore que son invasion ; il cesse chez quelques individus au bout de deux jours ; chez d'autres plus tard ; il dure quelquefois huit, dix jours, supposant toujours le navire en marche, et même chez quelques uns pendant toute la traversée. Les uns n'éprouvent le mal de mer qu'une fois, d'autres l'éprouvent avec la même violence chaque fois qu'ils se mettent en mer. On a vu des marins naviguant toute leur vie n'en être jamais exempts. Enfin il est des personnes qui n'en éprouvent aucune atteinte.

» La particularité la plus remarquable du mal de mer, et qui est bien connue de tout le monde, c'est que, quelles qu'aient été la violence et la durée du mal, il cesse complétement dès que l'on a mis le pied sur le sol, et sans qu'il en reste la moindre trace. » (Fabre, *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, t. VIII, p. 1054.)

Le mal de mer est du reste sans danger ordinairement ; les exemples que l'on a cités de terminaison fâcheuse sont si rares et si peu concluants que l'on ne peut guère en tenir compte, et que l'on ne doit au plus les regarder que comme des cas très exceptionnels.

Traitement. — « On a tenté, dit Keraudren, de combattre par différents moyens les accidents du mal de mer, et l'on a tour à tour employé les acides, les toniques, les antispasmodiques, tels que les sucs de citron, d'orange, les sirops de limon, de grenade, les alcools de menthe, d'absinthe, de cannelle, l'eau thériacale, l'élixir de Mynsicht, de Garus, la teinture de Mars, l'éther sulfurique, le castoréum, la thériaque, l'opium. On a aussi eu recours aux applications aromatiques et fortifiantes, aux emplâtres, liniments et épithèmes de même nature. L'indication la plus directe, et qui doit surtout contribuer au soulagement des malades, consiste donc à rendre le vomissement aussi doux et aussi facile que possible. Pour cela, il ne faut pas laisser l'estomac dans un état de vacuité complète, mais on doit chercher à y introduire en petite quantité des substances soit solides, soit fluides. Lorsque cette affection est récente et modérée, les malades peuvent prendre du biscuit, ou toute autre substance sèche ou absorbante. Lorsqu'au contraire les vomissements sont violents et les douleurs épigastriques intolérables, il faut se borner à l'administration des boissons légèrement toniques et antispasmodiques, telles que les infusions de thé, de tilleul, de camomille, et soutenir les forces du malade à l'aide de bouillons, de gelées et de quelques cuillerées d'un vin généreux. » (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXX, p. 131. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, t IX, 118, 165.)

On a conseillé de se tenir près du centre de gravité du navire, mais les mouvements qu'il exécute constamment le font changer à tout moment ; de se tenir couché, mais si cette position peut procurer parfois du soulagement, elle ne garantit pas du mal

de mer, qui revient dès que le malade se lève. Les marins sont généralement d'avis que, puisque ce mal est inévitable, il faut s'y soumettre pleinement, pour qu'il épuise toute son énergie, et qu'en d'autres circonstances on puisse espérer en être exempt.

La compression abdominale, au moyen d'une ceinture, a été conseillée, et paraît un des moyens les plus sûrs pour modérer les accidents; si elle ne prévient pas les nausées, le vertige, elle diminue l'état spasmodique; la violence du vomissement et la gastralgie, qui est quelquefois insupportable. Les contractions convulsives de l'estomac sont aussi rendues moins douloureuses quand on leur fournit un aliment par les boissons répétées et même des aliments solides. M. Alexandre Ricord dit avoir vu presque constamment réussir l'eau de Seltz à petites doses.

On a émis l'idée que l'on pourrait peut-être se rendre moins sensible aux oscillations du vaisseau en ayant recours aux mouvements de l'escarpolette, qui ont un effet analogue, et à l'emploi de la machine rotatoire de Darwin pour la folie. L'habitude de la mer est le plus sûr préservatif.

ARTICLE VI.

Gastrorrhagie ; hématémèse (*vomissement de sang*).

L'hématémèse consiste dans un vomissement de sang fourni par l'estomac ou les organes voisins, tantôt liquide et rouge, tantôt grumelé et noirâtre, pur ou mêlé avec des aliments, avec les matières contenues dans le ventricule.

La gastrorrhagie est une hémorrhagie qui a lieu dans l'estomac lui-même et peut se traduire au dehors par le vomissement ou par les selles, ou demeurer latente même jusqu'à la mort. Cette distinction explique pourquoi nous conservons ces deux noms, et pourquoi nous les réunissons dans un même article. Le mot *gastrorrhagie* est d'ailleurs moins exact en ce qu'il ne désigne pas d'une manière assez précise la nature de l'écoulement.

L'hématémèse peut être : 1° idiopathique; 2° symptomatique; 3° traumatique.

L'hématémèse traumatique a été traitée à l'occasion des plaies ou contusions de l'estomac ; nous y renvoyons nos lecteurs.

L hématémèse symptomatique dépendant d'une lésion organique de l'estomac lui-même ou des organes voisins, d'une décomposition du sang, nous renvoyons aux articles *Cancer*, *Purpura*, *Fièvre jaune*, *Anévrisme*, *Empoisonnement*, etc.

Nous ne traiterons donc ici que de l'*hématémèse idiopathique*, en faisant remarquer que les symptômes offrent beaucoup d'analogie dans les diverses variétés.

Causes. — Les causes de l'hématémèse sont l'âge adulte, le sexe féminin, la suppression d'une hémorrhagie périodique ou habituelle, une émotion morale vive, une indisposition, un vomitif ou un purgatif donné à contre-temps, un excès quelconque, un refroidissement, un accouchement difficile, etc.; Frank ne l'a jamais observée avant l'âge de la puberté. Les individus les plus disposés à cette maladie, sont les hypochondriaques, les personnes tristes, moroses, qui ont le teint pâle, jaunâtre, terreux.

Symptômes. — « Chez la plupart des malades la *gastrorrhagie* est précédée par un état de malaise, et par un dérangement dans les fonctions de l'estomac. De la chaleur ou une douleur à l'épigastre, avec sensation de brûlure, des tiraillements lombaires, de l'étouffement, un refroidissement du corps, la pâleur de la face et des lipothymies annoncent que l'hémorrhagie s'effectue.

» Bientôt des envies de vomir se font sentir, et le sang est rejeté par la bouche au milieu d'une anxiété et d'un malaise inexprimable; on dit alors qu'il y a *hématémèse*. Souvent après ce vomissement, les malades se sentent soulagés; cependant ils conservent encore de la pesanteur épigastrique, une soif vive, une saveur désagréable; le pouls est fréquent, et les malades sont d'une faiblesse extrême et nullement proportionnée à la quantité de sang qu'ils ont perdue. Ce liquide n'a pas toujours le même aspect. Lorsqu'il est rejeté peu après avoir été exhalé, il est d'un rouge plus ou moins artériel, tantôt fluide, tantôt réuni en caillots volumineux. Si, au contraire, il a séjourné pendant quelque temps dans l'estomac, il est d'un noir plus ou moins

foncé : dans ce dernier cas il exhale souvent une odeur aigrelette. Il est rare que les malades rejettent moins de 312 à 375 grammes de sang ; assez souvent la quantité s'élève à plus d'un kilogramme et demi ; il est alors rendu par flots, tandis que, lorsqu'il est moins abondant, il n'arrive dans la bouche que par régurgitation. Dans l'un et l'autre cas, il est vomi pur ou plus ou moins mélangé avec du mucus, avec des boissons et avec divers aliments. Lorsque l'hémorrhagie est très considérable, indépendamment des symptômes généraux qui accompagnent une perte de sang un peu forte, on observe surtout, avant que l'hématémèse ait lieu, une tension considérable de l'épigastre, souvent avec matité de cette région On a prétendu également que quelquefois la rate et le foie étaient augmentés de volume, et que cette tuméfaction cessait après le vomissement; mais nous n'avons pu encore vérifier la justesse de cette assertion. Il est rare qu'il n'y ait qu'un seul vomissement; dans la plupart des cas, l'hémorrhagie, après avoir paru s'arrêter pendant plusieurs heures, recommence, et de nouveaux vomissements s'effectuent. Ces alternatives peuvent avoir lieu pendant plusieurs jours. La maladie diminue alors peu à peu, laissant après elle une faiblesse extrême. Cependant tout le sang exhalé dans l'estomac n'est pas vomi, une portion de ce liquide franchit le pylore. Aussi lorsqu'on examine les selles des malades, six, douze, vingt - quatre, trente-six , ou au plus tard quarante - huit heures après le début de la gastrorrhagie, on trouve qu'elles sont formées en grande partie par une matière pultacée noirâtre, que l'on reconnaît facilement pour être du sang altéré. Les selles noires, qui sont rendues tantôt sans souffrance, tantôt après avoir excité des coliques et un peu de ballonnement du ventre, sont un symptôme que je crois presque constant; il manque, en effet, bien plus rarement que le vomissement lui-même. Dans les cas de gastrorrhagie sans hématémèse , on observe , comme précédemment, les mêmes douleurs, la même chaleur à l'épigastre, de la soif, des frissons et des lipothymies, phénomènes qui devront faire soupçonner la nature de l'affection, surtout si le malade a déjà eu antérieurement des hématémèses; mais on n'acquiert de certitude à cet égard que le lendemain, lorsque du sang a été trouvé dans les selles. » (Grisolle, *Traité de pathologie*, t. I, p. 602.)

Souvent, dit Frank, l'hématémèse se prépare plusieurs années à l'avance. Dans beaucoup de cas, ce premier phénomène est la suppression des hémorrhoïdes, des menstrues. Aux symptômes que nous venons d'indiquer d'après M. Grisolle, l'auteur allemand ajoute le hoquet, quelquefois une salivation , l'expulsion par la bouche d'une grande quantité de vents inodores , suivis de soulagement ou de l'augmentation des douleurs, la respiration est suspirieuse, le cœur agité de palpitations.

« Ces symptômes, ajoute Frank, ne sont pas constants, ils disparaissent en entier, et reviennent avec la même intensité aussitôt que les aliments sont introduits dans l'estomac, ou pendant le travail de la digestion ; ce qui en impose pour une débilité des fonctions digestives, ou pour une affection spasmodique. Les malades combattent ces accidents par les liqueurs spiritueuses, qu'ils rendent encore plus échauffantes en y ajoutant des aromates ou de l'aloès, par l'usage du café; les médecins imprudents, croyant que cet état tient aux saburres, administrent des émétiques, des purgatifs. Ces remèdes sont de véritables poisons dans cette circonstance. Par l'emploi de ces moyens, le malade voit augmenter ses souffrances; quelquefois le vomissement de sang se déclare et ne cesse qu'avec la vie. Un médecin téméraire prescrivit à une fille qui se plaignait d'ardeur, de douleurs épigastriques, un mélange de poudre cornachine et de racine de jalap; en moins d'une heure il se manifesta une hématémèse violente; je fus appelé, et en arrivant chez la malade je trouvai son appartement inondé de sang, depuis le lit jusqu'à la porte.

» Dans un petit nombre de cas, cette hémorrhagie se déclare d'une manière imprévue, sans aucune anxiété précordiale; le sang est fourni par des varices, comme on l'observe souvent dans le flux hémorrhoïdal...

» Ordinairement il n'existe pas de toux. cependant lorsque le sang, poussé avec

force contre la voûte du pharynx, retombe dans la glotte, il survient une toux violente, et si le médecin néglige les autres symptômes, la source de l'hémorrhagie paraît obscure.

» De toutes les hémorrhagies, l'hématémèse est celle qui revient avec le plus de facilité et de promptitude, quoique tous les symptômes aient été promptement dissipés. Au bout de quelques jours le malade se plaint d'une chaleur interne, d'une légère fièvre rémittente; souvent il éprouve encore des nausées, un sentiment d'oppression à l'épigastre, un état d'inquiétude, d'anxiété, des douleurs pongitives dans l'hypochondre gauche, des bâillements; il n'est pas rare qu'il *sente* l'épanchement se former, ce qui est bientôt suivi d'un vomissement plus intense, et plus abondant que le premier. D'autres fois, surtout lorsque l'hématémèse dépend de la suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal, ses retours observent, peut-être plus rigoureusement que les autres flux, la périodicité de l'évacuation supprimée, ou, du moins, ils ont lieu à des époques déterminées.

» Quelquefois, parmi les grumeaux de sang, on trouve des concrétions polypeuses ou d'une apparence charnue, des espèces de membranes, parfois remplies de sang. Lorsque le pylore ne peut donner passage à ces concrétions, elles entretiennent les envies de vomir, ce qui renouvelle l'hémorrhagie; quand elles passent dans les intestins, elles occasionnent encore plusieurs accidents dans le bas-ventre.

» Il est des cas où le sang ne s'épanche point dans l'estomac ni dans le tube intestinal, mais reste seulement en stagnation dans les vaisseaux engorgés. Dans cet état de choses, surtout chez les sujets maigres, décharnés, moroses, irascibles, mélancoliques, dont le teint est pâle, jaunâtre, verdâtre, on voit survenir plusieurs des symptômes qui précèdent l'hématémèse, le malade éprouve un abattement extrême, un sentiment de défaillance : c'est alors que les vaisseaux engorgés ou les varices se rompent, et versent dans l'estomac ou les intestins une matière très noire, poisseuse. Ce sang grossier présente souvent des qualités âcres et corrosives, et dans les estomacs faibles, il prend un caractère d'acidité, de putridité; il est expulsé en cet état par le vomissement ou par les selles. C'est le *morbus niger* d'Hippocrate. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, article *Cancer de l'estomac*, t. I, p. 529 et suiv.)

Caractères anatomiques. — « L'estomac contient une quantité de sang plus ou moins considérable; j'ai vu ce viscère être énormément distendu par un seul caillot noir; le plus souvent pourtant on ne trouve que des grumeaux noirâtres, ou bien c'est un sang noir, dissous, mêlé à du mucus et à des aliments; il en existe aussi plus ou moins dans le reste du tube digestif. La membrane muqueuse est généralement intacte, ou bien elle offre l'aspect, la coloration, l'injection que l'on observe chez les sujets emportés dans le cours d'une hémoptysie. La gastrorrhagie étant presque toujours symptomatique, on trouve communément, à l'ouverture des cadavres, diverses lésions organiques, telles que des tumeurs anévrismales de l'aorte ou du tronc cœliaque, etc., qui se sont rompues dans l'estomac; d'autres fois ce sont des ulcérations qui intéressent à la fois la muqueuse et le tronc ou une des principales ramifications des artères coronaires stomachiques. Le plus souvent l'estomac est le siége d'une tumeur squirrheuse ou d'un cancer ulcéré; d'autrefois des lésions organiques semblables siégent dans le foie, la rate, les poumons, etc. » (Grisolle, *Traité de pathologie*, t. I, p. 602.)

Marche, durée, terminaisons. — L'hématémèse idiopathique est ordinairement de courte durée, mais la convalescence est longue, et la faiblesse des malades lente à se dissiper, à cause de la difficulté de l'alimentation; elle est d'ailleurs sujette à reparaître surtout quand elle tient à la suppression d'une hémorrhagie habituelle. Le malade peut succomber après un ou plusieurs vomissements.

Quant à l'hématémèse symptomatique, elle dépend de la gravité de l'affection qui en est la cause; si cette affection est incurable, le rétablissement des malades ne s'effectue pas. Chaque retour de l'hémorrhagie aggrave l'état du malade qui finit par succomber à l'épuisement causé par les pertes de sang réitérées ou par les progrès de la maladie organique.

Diagnostic. — Lorsque le sang n'est pas vomi, la gastrorrhagie serait aisément méconnue, si on ne tenait compte de la pâleur de la face, du refroidissement du corps, du malaise et des lipothymies jointes à la chaleur, à la douleur et à la pesanteur à l'épigastre. Le diagnostic peut être éclairé d'ailleurs par l'inspection des selles, qui contiennent souvent du sang alors même qu'il n'y a pas de vomissement.

L'hémoptysie est la maladie avec laquelle l'hématémèse pourrait être le plus facilement confondue. Mais les chaleurs à la poitrine, les douleurs dans le dos, la dyspnée, la toux qui précède alors le plus souvent le vomissement de sang, les hémoptysies antérieures, sont autant de signes qui la distinguent de l'hématémèse, où la douleur et la tension sont rapportées à l'épigastre, où il y a ordinairement absence de la toux. L'aspect du sang diffère aussi dans ces deux maladies; rouge, vermeil, rutilant dans l'hémoptysie, il est, dans l'hématémèse, moins rouge, d'un noir foncé et en grande partie coagulé. Du sang exhalé par les muqueuses buccale et pituitaire peut être porté dans l'estomac durant le sommeil et à l'insu des malades, et être rejeté ensuite par les vomissements et les selles; mais le peu d'abondance de ce sang et d'ailleurs l'examen de la bouche, du pharynx et des fosses nasales, la présence de quelques caillots dans ces parties, éclairent le diagnostic, en se joignant à l'absence des signes locaux propres aux hématémèses.

Quant à la question de savoir si l'hématémèse est *essentielle* ou *symptomatique*, on pourra soupçonner l'existence d'une maladie organique si l'hématémèse a été précédée longtemps de symptômes d'anorexie, de digestions difficiles, et de l'amaigrissement. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si l'hémorrhagie se déclare au milieu d'une santé parfaite, à la suite de la suppression d'une hémorrhagie, et si les malades se rétablissent complétement, on sera à peu près certain que l'hématémèse est essentielle.

Enfin, le médecin attentif reconnaîtra aisément l'hématémèse simulée, par l'absence des symptômes ordinaires de la maladie, et en interrogeant avec soin le sujet, si l'on peut supposer surtout qu'il ait intérêt à simuler l'hématémèse.

Pronostic. — L'hématémèse est toujours une maladie grave, alors même, ce qui est rare, qu'elle est idiopathique et ne se complique d'aucune affection organique. Cependant la gravité est moindre si elle est supplémentaire d'une hémorrhagie constitutionnelle. Le danger qu'elle offre dans ce cas, consiste dans l'affaiblissement qu'elle fait éprouver aux malades, dans le dérangement qu'elle apporte aux fonctions digestives, et surtout dans l'abondance et la fréquence des récidives. L'hématémèse symptomatique emprunte un principal danger à la gravité et même à l'incurabilité de l'affection organique dont elle est le symptôme.

Traitement. — Dans le traitement préservatif de l'hématémèse on doit s'attacher à détruire ou au moins à affaiblir les causes de l'hémorrhagie par les moyens indiqués contre chacune d'elles. Le point le plus important et le plus difficile consiste à la prévenir; ainsi dans le cas de suppression des menstrues, des hémorrhoïdes chez un individu robuste et sanguin, on doit s'abstenir des stimulants, des échauffants, et ordonner un régime ténu, les pédiluves tièdes, la saignée, les bains de vapeurs locaux, les sangsues aux parties génitales ou à l'anus, les lavements émollients, les sucs de fruits rouges étendus dans l'eau, de légères émulsions d'amandes. Si c'est une cause débilitante qui a amené le dérangement des règles, il faut prescrire avec précaution de doux excitants; une infusion froide de quinquina avec l'émulsion gommeuse; si l'estomac ne les supporte pas, on peut les donner en lavements, en les rendant alors un peu plus actifs.

« Durant le vomissement même, on ne peut guère administrer des remèdes par la bouche; introduits par cette voie, ils augmentent presque tous le vomissement; ce n'est pas sans danger que l'on ferait usage des astringents, excepté dans les hématémèses excessives, qui menacent d'une mort prochaine. Cette hémorrhagie est rarement hypersthénique, mais si elle présentait ce caractère, annoncé par la nature des causes qui l'ont déterminée, la plénitude et la dureté du pouls, la douleur

de l'estomac, la petite quantité de sang rendue dans les efforts douloureux de vomissement, il faudrait recourir à la saignée, appliquer des sangsues à l'anus, lâcher le ventre au moyen des clystères. Lorsque l'hématémèse est le produit de causes débilitantes, ou que, hypersthénique dès les premiers moments, elle est devenue passive par son abondance, et menace les jours du malade, prescrivez le suc de grenade, l'acide sulfurique dans l'eau froide jusqu'à agréable acidité, l'eau très froide, tandis que les extrémités inférieures seront couvertes de fomentations tièdes, ou plongées dans le bain; enfin dans un cas pressant, ayez recours à l'eau froide alcoolisée et sucrée, au petit-lait aluminé, aux applications de glace pilée ou de neige sur l'épigastre. Le malade doit garder le plus parfait repos, rester au lit, quand même il éprouverait le besoin d'aller à la selle. Si la perte du sang amène la lipothymie, pratiquez sur les membres des fomentations avec le vin chaud ou avec des infusions aromatiques; mais abstenez-vous des excitants trop énergiques, qui pourraient renouveler l'hémorrhagie. Dans les défaillances, il faut prendre garde que la bouche et la gorge ne se remplissent de caillots, qui détermineraient la suffocation en interceptant le passage de l'air; c'est ce qui arriva il y a trente-cinq ans, au supérieur du monastère de Rastadt. Cet homme, d'un âge moyen, absorbé depuis ses premières années dans des études profondes, éprouvait depuis longtemps une douleur atroce à l'épigastre, avec nausées, horreur des aliments; il s'adonnait à l'usage des boissons spiritueuses et du café. Se trouvant seul, il est pris d'un vomissement copieux de sang noirâtre, mêlé de caillots volumineux; il tombe, on le trouve étendu sur le parquet de sa chambre, la bouche remplie de sang coagulé, présentant l'aspect d'un cadavre. On m'appelle, je me rends aussitôt chez le malade; il ne donnait aucun signe de vie, si j'en excepte un peu de chaleur; je retire les caillots de sa bouche, je le fais placer dans son lit, et je le ramène des portes de la mort, en suivant la méthode qui vient d'être exposée. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 534.)

Dans le cas assez rare où l'hématémèse serait produite par la présence d'une sangsue dans l'estomac, on peut prescrire avec avantage une solution de sel marin dans l'eau ou le vinaigre.

Nous renvoyons au volume consacré à l'étude de la *toxicologie*, le traitement de l'hématémèse produite par l'ingestion d'un poison.

Si le vomissement de sang survient pendant les efforts d'un accouchement difficile, on évite, autant que possible, les excès de ces efforts, en engageant la femme à supporter avec courage et résignation ses souffrances, en agissant sur le moral; mais le remède le plus efficace est, comme on le pense bien, la terminaison de l'accouchement, la sortie de l'enfant.

« Après que l'hémorrhagie est arrêtée, le malade doit garder encore le repos le plus absolu, et, si l'état de ses forces l'exige, que la sensibilité de son estomac le permette, on lui donne des bouillons de viande avec l'oseille, en petite quantité à la fois, mais à doses rapprochées, plutôt froids que chauds; on lui fait prendre de la même manière des boissons légèrement acidulées, le petit-lait préparé avec le suc de citron ou l'acide sulfurique, le lait de beurre. Comme le sang épanché dans le tube intestinal se corrompt aisément lorsqu'il n'est pas promptement évacué, et qu'il détermine par sa putréfaction une maladie plus grave encore que l'hématémèse, il est de toute nécessité d'administrer et de réitérer plusieurs fois par jour les demi-lavements préparés avec le petit-lait ou l'eau, une certaine quantité de vinaigre et de miel. Fuyez, *cane pejus et angue*, les évacuants plus actifs, quelle qu'en soit l'indication; les irritants sont dangereux dans cet état de lésion ou de sensibilité de l'estomac et des intestins. Le second jour après la cessation de l'hémorrhagie, outre les clystères, faites usage du petit-lait tamarindé, de la solution aqueuse de manne, de pulpe de casse, pour produire deux ou trois selles dans le jour, jusqu'à ce que les déjections reprennent leur couleur naturelle, mais revenez à ces laxatifs s'ils provoquent des nausées.

» Après avoir rempli ces indications, on peut se relâcher à l'égard du régime, permettre des soupes de riz, d'orge, de pain avec le bouillon de viande, des œufs à la coque, jusqu'à ce que l'estomac sup-

porte une nourriture plus solide. On remédie aux suites de l'hématémèse en combattant leurs causes. Quant au traitement préservatif des rechutes, il ne diffère pas du traitement préservatif de la maladie. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 535.)

ARTICLE VII.

Gastralgie (*gastrodynie*, *cardialgie*, *crampes d'estomac*, *gastricisme* (Fabre).

On a donné le nom de *gastralgie* à une névrose ou une névralgie de l'estomac, indépendante de toute lésion organique, de tout phénomène inflammatoire. Il est difficile de séparer complétement dans cet article la gastralgie de la gastro-entéralgie, des phénomènes communs les rapprochent : aussi engageons-nous nos lecteurs à rapprocher cet article de celui qui sera consacré à l'*entéralgie ;* ils se compléteront l'un par l'autre.

Caractères anatomiques.— La gastralgie se terminant ordinairement par la guérison ou se prolongeant sans augmenter de gravité, excepté dans les cas de complications organiques, l'étude des lésions anatomiques ne fournit aucune donnée utile, et nous n'avons pas à nous en occuper.

Causes. — Les causes les plus fréquentes de la gastralgie sont l'hérédité, un tempérament nerveux, irritable, un état habituel d'irritabilité de l'estomac ; mais surtout les affections morales, les peines d'esprit et de cœur, les contrariétés domestiques, les tourments d'affaires, les excès dans les plaisirs de l'amour, l'onanisme, les travaux de cabinet, la vie sédentaire, les méditations profondes et les fortes contentions d'esprit, surtout après les repas ; l'influence de l'imagination, la crainte d'une maladie organique, la tristesse, les chaleurs atmosphériques élevées, une température chaude et humide, et les variations brusques et répétées de l'atmosphère. A ces causes, on peut avec M. Barras joindre les suivantes : « l'abus des saignées dans le traitement de différentes maladies, et plus particulièrement dans celui des affections gastro-intestinales ; les hémorrhagies copieuses, les jeûnes, l'abstinence, l'usage immodéré ou longtemps prolongé des aliments atoniques ; du lait, des fruits crus, des légumes, du poisson, des farineux, des boissons aqueuses, délayantes et mucilagineuses ; une salivation excessive, la lactation et la leucorrhée, la chlorose et l'état de grossesse ; l'habitude dans quelques professions, celle de tailleur, par exemple, de pencher la poitrine sur le ventre et d'avoir constamment l'épigastre renfoncé ; les acides, le vin blanc, le café, le thé, et quelques autres aromates pris d'une manière immodérée ; en un mot, tous les agents qui peuvent exalter directement ou indirectement la sensibilité nerveuse de l'estomac et des intestins, et augmenter la susceptibilité de ces organes, c'est-à-dire tout ce qui peut les débiliter ou les stimuler ; car les névroses des premières voies viennent de la faiblesse ou de l'excitation, comme celles des autres parties du corps. » (*Traité des Gastralgies*, 3e édit., t. I, p. 338.)

La distension fréquente de l'estomac par des excès répétés de table affaiblit les parois de cet organe et des intestins, de manière qu'elles ne peuvent résister aux gaz qui s'y développent. De là, une cardialgie flatulente qui ne cesse que par l'expulsion des gaz. Il est aussi des idiosyncrasies, des constitutions telles de l'estomac et des intestins que l'on ne peut manger des fraises, des framboises, des écrevisses, boire du lait, etc., sans éprouver des douleurs, des crampes vives dans l'estomac et les intestins.

Symptômes. — « On ne peut guère douter, dit encore M. Barras, que les maladies gastriques qui se développent chez des individus prédisposés aux névroses, et après l'action des causes déterminantes, ne soient nerveuses si elles se manifestent par un nombre plus ou moins considérable des symptômes suivants, car ils ne se rencontrent pas tous sur la même personne : appétit versatile, naturel, augmenté, diminué, capricieux, perverti ; délicatesse anormale du goût et de l'odorat. langue blanche, humide et développée, bouche pâteuse ou dans l'état habituel ; salivation abondante et crachotements répétés ; point de soif, si ce n'est dans certaines circonstances particulières et momentanément, aversion fréquente, même pour les liquides ; douleur épigastrique plus ou moins vive, intermittente ou ré-

mittente, se renouvelant et s'exaspérant, tantôt un peu avant le repas, tantôt quelques heures après, n'augmentant presque jamais à la pression, diminuant même souvent d'intensité par cette manœuvre, mais s'irradiant, chez beaucoup de malades, sur les parois thoraciques, le dos, les bras ou les épaules, où elle peut être plus aiguë qu'à l'épigastre ; sensations bizarres et extrêmement variées dans l'estomac ou le canal intestinal ; en plusieurs circonstances, battements singuliers à la région épigastrique, aux hypochondres ou dans quelque autre partie de l'abdomen ; digestions quelquefois plus promptes et plus faciles qu'en bonne santé, mais ordinairement longues, pénibles et laborieuses, accompagnées de pesanteurs, de malaises et d'anxiétés à la région de l'estomac, de bâillements, de nausées, de gonflements abdominaux, de borborygmes, de flatuosités, de coliques et de l'expulsion d'une grande quantité de gaz, tant par le haut que par le bas ; digestion des liquides souvent plus difficile et plus fatigante que celle des solides ; assez communément, vomissements de substances aqueuses et glaireuses, rarement de matières consistantes ; constipation presque habituelle, dévoiement rare ; urines limpides, rendues fréquemment en petite quantité à la fois, et avec un sentiment de brûlure au col de la vessie ou au canal de l'urètre. » (Barras, *Traité sur les gastralgies*, 2e édition, t. I, p. 715.)

Les névralgies gastro-intestinales sont sujettes à une foule considérable de variétés, sous le rapport de leur intensité, des souffrances qu'elles déterminent et de leurs accès périodiques et plus ou moins réguliers. Ainsi elles varient depuis le mal le plus léger d'estomac jusqu'aux douleurs les plus vives et les plus insupportables. On les a vues quelquefois, surtout chez les femmes, déterminer du délire et des convulsions. Le caractère de ces douleurs n'est pas moins varié ; ainsi certains malades éprouvent un sentiment de constriction, comme si l'estomac ou les intestins étaient serrés dans un étau ; d'autres disent ressentir une distension extrême et qui va jusqu'à leur faire craindre la rupture de ces organes, ou bien c'est une sensation de brûlure ou de froid glacial, de morsure, de dilacération, un tortillement, un tiraillement violent.

Il est des cas dans lesquels ces différentes sensations ne changent point, et gardent un caractère analogue pendant toute la maladie ; il en est d'autres, au contraire, où elles se succèdent et se remplacent d'une manière alternative, non seulement d'un accès à l'autre, mais encore pendant le même accès. L'intermittence et la rémittence des névralgies gastriques offrent aussi beaucoup d'anomalies ; les douleurs qui les caractérisent se renouvellent ou s'exaspèrent à des époques fort irrégulières ; on remarque néanmoins que ce retour ou cette exaspération arrive souvent un peu avant les repas, et plus souvent encore deux ou trois heures après, c'est-à-dire quand l'estomac est irrité par le besoin d'aliments, et lorsqu'il entre en action pour expulser les aliments dans le tube intestinal.

Nous n'insistons pas sur les variétés de gastralgie ou plutôt des symptômes de la gastralgie, auxquels on a donné le nom de *dyspepsie*, de *pica*, de *malacia*, de *boulimie*, etc. La dyspepsie doit être plutôt rapportée à l'embarras gastrique ; les autres ont été traitées (voy. *Bibliothèque du méd.-prat.*, t. IX, p. 680).

Diagnostic. — La maladie avec laquelle la gastralgie peut surtout être confondue est la gastrite chronique. Nous pourrions renvoyer à l'article consacré à cette maladie pour établir les points de dissemblance : mais nous ne croyons pas inutile de rapporter les principaux caractères de ces deux espèces.

Gastralgie.	*Gastrite chronique.*
Intermittence ou rémittence de la douleur d'estomac : cessation de cette douleur par une forte pression sur l'épigastre ou l'abdomen ; sensations bizarres à l'intérieur du tube gastro-intestinal ; battements singuliers à la région épigastrique ou dans les	Douleur d'estomac souvent, peu vive, mais continue, et s'exaspérant toujours par la pression sur la région épigastrique et abdominale ; langue rétrécie, rouge dans son pourtour et chargée au milieu ; bouche sèche et amère ; altération prononcée,

hypochondres; langue blanche et épanouie; bouche humectée et défaut de soif; appétit plus ou moins prononcé, capricieux, dépravé; accomplissement et souvent facilité même et promptitude des digestions; vomissements des substances solides très rares, et seulement dans quelques cas particuliers; assez souvent, au contraire, vomissements des liquides ou de matières glaireuses; éructations insipides et inodores; constipation opiniâtre; urines claires, rendues fréquemment, et avec un sentiment d'ardeur le plus souvent; fièvre nulle, quelquefois pourtant mouvements fébriles, fugaces et passagers; très rarement fièvre lente et continue; conservation des forces et amaigrissement peu marqué si le malade n'est pas soumis à un régime trop sévère ni aux évacuations sanguines; teint naturel ou seulement altéré par moments.; souvent interruption de tous les symptômes pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois; rechutes fréquentes et faciles; pronostic presque toujours favorable.

inappétence, dégoût même pour les aliments; digestions incomplètes; vomissements des substances alimentaires, surtout des solides; chez la plupart des malades, rapports acides et corrosifs, ou fétides et nidoreux; diarrhée fréquente, surtout si la phlegmasie s'étend à la muqueuse des intestins; fièvre hectique; chute des forces et amaigrissement rapide par l'effet de la maladie; teint profondément altéré; marche uniforme et non interrompue des symptômes; pronostic fâcheux; mort dans le plus grand nombre des cas; malgré le traitement le mieux entendu.

Ce n'est pas seulement par la comparaison des symptômes, que la gastralgie et la gastrite chronique seront distinguées; l'étiologie vient au secours du diagnostic d'une manière trop importante pour que nous résistions au désir de présenter relativement aux causes un tableau comparatif analogue à celui que nous venons de donner des symptômes. On nous pardonnera quelques répétitions en faveur de l'importance du sujet.

Gastralgie.

Les causes les plus ordinaires sont : une disposition héréditaire; une constitution nerveuse, irritable; les affections morales, l'onanisme et les excès vénériens; la vie sédentaire; le travail de cabinet après les repas surtout; les températures chaudes et électriques; l'abus des saignées et les hémorrhagies copieuses; le jeûne; l'abstinence; l'usage immodéré et fréquent d'aliments atoniques, des légumes, des fruits crus, des farineux, du poisson; la leucorrhée, la chlorose, la grossesse, la profession de tailleur, de couturière, l'abus des boissons, du vin blanc, du café et du thé, etc.

Gastrite chronique.

Les causes les plus fréquentes sont : une phlegmasie aiguë de la membrane gastro-intestinale; l'abus des liqueurs alcooliques, des médicaments excitants, des émétiques et des purgatifs, drastiques surtout; les poisons âcres, irritants; la présence d'un corps étranger dans le canal digestif; l'usage d'une nourriture trop stimulante; les écarts de régime et tous les excès de table; les glaces et les boissons froides prises lorsque le corps est en sueur; une température très froide et peu habituelle; le tempérament sanguin; la suppression des hémorrhagies habituelles et des sueurs; la répercussion d'une maladie cutanée; une métastase rhumatismale ou arthritique; les contusions sur le ventre, etc.

Marche, durée, terminaison. — Ordinairement intermittente et revenant par accès plus ou moins violents, à des intervalles plus ou moins éloignés, la gastralgie a une durée indéterminée. Elle disparaît quelquefois sans retour; d'autres fois elle revient sans cesse, et on cite des individus qui en ont souffert toute leur vie. La terminaison a lieu, du reste, par la guérison, quand il n'existe pas pour complication une maladie organique.

Pronostic. — Favorable dans la gas-

tralgie simple, il prend plus ou moins de gravité dans les cas où une dégénérescence coexiste.

Traitement. — « Les gastro-entéralgies par *éréthisme*, dit M. Barras, demandent une nourriture douce et légèrement tonique, des médicaments adoucissants et anodins, et quelquefois les antiphlogistiques; mais l'usage des saignées et des autres débilitants ne doit jamais être porté aussi loin que dans une véritable phlegmasie, par la raison que leur abus produit souvent et entretient toujours les maux de nerfs. Les névroses gastriques avec atonie ne guérissent que par des aliments et des médicaments toniques, mais il est beaucoup de circonstances où cette alimentation et cette médication ne peuvent être supportées pendant la première période de la maladie, à cause de la vive susceptibilité qui accompagne habituellement la faiblesse nerveuse. C'est pourquoi, dans ces circonstances, les adoucissants et les sédatifs doivent être associés aux toniques jusqu'à ce que cette susceptibilité n'existe plus, et que l'estomac soit accoutumé aux fortifiants seuls. En outre, il faut que les personnes qui sont atteintes de névroses gastriques se livrent à des occupations agréables, et qu'elles prennent de l'exercice avec modération; il faut enfin que ces personnes cherchent à tranquilliser leur esprit, à oublier toute peine morale et à réprimer toute passion déréglee. Cette partie de la thérapeutique des gastro-entéralgies est la plus difficile, mais les malades ne doivent rien négliger pour la remplir: leurs efforts seront couronnés d'un rétablissement complet. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 725.)

J.-P. Frank donne, pour le traitement de cette maladie, des conseils qu'on ne doit pas négliger, et indique des moyens dont l'utilité pratique a été reconnue par lui dans un grand nombre de cas. Nous croyons devoir emprunter à cet habile praticien une partie de ces indications :

Selon lui, le traitement doit suivre la nature des causes de la gastralgie.

Ainsi, « lorsque la maladie dépend d'une altération locale, il faut l'enlever par la méthode qui lui est propre, si cela est possible. Une indigestion réclame les vomitifs et l'eau chaude pour faciliter le vomissement. L'aigreur cède aux absorbants, aux alcalins, aux amers, comme l'eau de menthe avec la liqueur de corne de cerf, la teinture anodine. Pour la débilitation que produit chez les gourmands la dilatation de l'estomac, les amers sont excellents. Dans la cardialgie chronique de cette espèce, Dehaen, suivant Boerrhaave, conseillait la prescription suivante :

Pr. Emplâtre de laudanum. . .	45	gram.
Emplâtre de diabotanum. .	45	—
Empl. de diachylon gommé.	45	—
Camphre	1	—
Opium brut.	1	—
Baume du Pérou.	q. s.	

» Faites un emplâtre, que l'on applique à la région épigastrique; et que l'on renouvelle toutes les fois qu'il tombe.

» S'il vient de la chaleur à la peau et des pustules à l'endroit qui a été couvert par l'emplâtre, on lave avec du lait et du savon, et l'on retire l'emplâtre jusqu'à ce que la peau soit revenue à l'état naturel...

» Si la cardialgie n'est que le symptôme d'une affection générale, il faudra agir suivant la nature de l'affection.

» *a*. Si elle est sthénique, que le malade soit un jeune homme robuste, bien nourri, adonné à la boisson, traitement débilitant, saignée; sangsues aux narines s'il y a eu suppression d'une épistaxis; préparations mucilagineuses.

» *b*. Si elle est asthénique, on remédiera à la débilité au moyen d'excitants, qu'il ne faut pas choisir trop énergiques, puisqu'ils doivent être appliqués immédiatement sur le lieu malade; ainsi, les substances volatiles, comme l'eau de menthe, unie à l'éther, au laudanum ..

» Si la maladie a le caractère périodique, on la combattra par le quinquina, administré de préférence par l'anus. On peut essayer par la bouche les excitants volatils, les amers, une décoction de quinquina unie à quelque principe volatil; quelquefois la poudre de quina est supportée dans un vin généreux, de Chypre, de Malaga ou de Tokay, ou l'eau de menthe avec la teinture anodine.

» Si enfin c'est la goutte qui est fixée sur l'estomac, on donnera l'opium, un vin généreux; des vésicatoires seront appliqués à l'épigastre. Nous avons vu un offi-

cier supérieur atteint d'un rhumatisme vague, qui se calma, et pris alors de douleurs et de sensibilité si vive de l'estomac, que l'eau elle-même ne pouvait passer ; un vésicatoire mis à la région épigastrique calma bientôt la douleur, et le malade put garder de l'eau et des aliments. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. II, p. 382.)

Dans les cas où la douleur d'estomac était accompagnée de spasme et de débilité, Dehaen prescrivait avec succès un opiat préparé avec 96 grammes de quinquina en poudre, 6 grammes de camphre, autant de myrrhe, 105 grammes de sirop diacode et la même quantité de sirop de menthe. La dose de cet opiat était d'une cuillerée à café, répétée six fois par jour. Il y avait des malades chez lesquels on était obligé d'augmenter la quantité des préparations d'opium, principalement vers la nuit. En suivant cette médication, beaucoup de personnes guérissaient de la cardialgie, pourvu qu'elles s'abstinssent, pendant son usage, des aliments difficiles à digérer, du lait, du fromage, du vinaigre, des vins acides et qu'elles observassent un régime animal.

On ne saurait, dans le traitement des affections nerveuses gastriques, attacher trop d'importance au régime et au choix des médicaments. Les observations les plus minutieuses sont ici d'une indispensable nécessité. Ainsi, l'expérience des médecins les plus distingués, et parmi lesquels nous citerons Viridet, Fracassini, Pomme, Lorry, Tissot, Louyer-Villermay et Barras, leur a prouvé que l'eau de poulet et de veau sont très utiles dans la gastralgie, tandis que les boissons fortement mucilagineuses réussissent rarement. Le pain de gruau et la biscote, ou la croûte de pain ordinaire conviennent très bien, ainsi que le riz, le maïs, tandis que le salep, le tapioca et les autres farines contenant beaucoup de mucilage sont en général nuisibles, il en est de même de tous les corps gras et onctueux. On emploie avec avantage les soupes maigres relevées avec du sucre et un jaune d'œuf, les viandes blanches, bouillies ou rôties ; les œufs à la coque, les poissons légers, tels que le merlan et la sole ; les fruits et les légumes qui abondent en matière saccharine et féculente ; presque tous les fruits secs et sucrés conviennent dans les névroses gastriques ; il faut en général s'abstenir des fruits crus, à l'exception des poires, des pêches au vin ou au sucre et de la prune reine-claude qui se digèrent assez bien. Parmi les légumes, les carottes, les betteraves, les asperges, les cardons, les artichauds peuvent convenir, ainsi que les haricots verts, la chicorée, et même les épinards et la laitue, pourvu qu'ils soient préparés au gras ou au sucre ; les pommes de terre, les lentilles, les haricots blancs, les fèves, les pois, les navets, les concombres, les melons et les choux doivent être proscrits. Pour boisson, pendant les repas, on prescrira de l'eau rougie avec un vin de Bourgogne ou de Bordeaux très vieux et bien dépouillé ; dans le cas où le vin ne serait pas supporté, l'eau sucrée ou même l'eau simple réussit, et, chez certains sujets, une infusion légèrement amère ou l'eau ferrugineuse.

Chez les individus à constitution hépatique, à fibres lâches et molles et quand il y a atonie manifeste des organes digestifs, on a recours à des substances alimentaires plus toniques ; ainsi les consommés, les viandes de mouton et de bœuf rôties, le gibier non faisandé, les légumes au jus, le vin pur.

Mais ici plus que dans toute autre maladie, on ne peut s'en tenir aux règles générales. Ce qui convient à une personne est souvent très nuisible à d'autres, et on a observé à cet égard les bizarreries les plus singulières. Sans parler de la femme que cite Schmidtmann, qui, atteinte de cardialgie, ne pouvait digérer que du lard, et des malades observés par Barras, dont l'un vomissait toute espèce de soupe et digérait à merveille la croûte de pâté, et l'autre mangeait impunément du fromage de cochon, tandis qu'il avait de la peine à supporter les aliments doux et faciles à digérer ; on sait que le lait, utile à quelques personnes, nuit au plus grand nombre.

« Le goût, je dirai même, les caprices du malade doivent être pris en considération, et à moins que son avidité ne porte sur des objets évidemment nuisibles, il n'y a pas d'inconvenient à se rendre à ses désirs ; bien au contraire, des aliments appétés avec ardeur, quoique indigestes

de leur nature, passent ordinairement beaucoup mieux que des aliments plus légers, mais pris avec répugnance. L'essentiel est que le malade mange sans crainte; s'il a peur que telles substances alimentaires lui fassent du mal, il doit s'abstenir de les prendre; l'idée qu'elles ne seront pas bien digérées, en troublera la digestion. Pour que cette fonction s'exécute bien, il ne faut pas y faire attention; en en mot, pour bien digérer, il ne faut pas penser à ses digestions. On ne peut compter sur la guérison solide d'une gastro-entéralgie, tant que l'imagination du malade reste fixée sur son estomac. » (Barras, *loc. cit.*, t. I, p. 575.)

Il ne faut pas croire pourtant que le malade doive satisfaire tous ses caprices; ainsi, les malades qui n'ont pas faim, ne doivent cependant pas s'abstenir de toute nourriture, car si les aliments sont supportés, une légère alimentation est plus avantageuse, même dans le cas d'inappétence, que la diète absolue; d'un autre côté, ils doivent résister au besoin de manger qui les prend fréquemment et surtout à la fin de la journée ou dans la nuit; il est cependant des cas très rares où les aliments passent mieux la nuit que le jour; dans ces cas exceptionnels, on peut accorder de la nourriture en ce moment. Généralement, il est convenable de manger à des heures réglées et de ne pas faire plus de trois repas par jour.

La constipation étant un des symptômes les plus ordinaires de la gastralgie, on doit s'attacher à la combattre par des moyens appropriés « Puisque l'occasion s'en présente, dit M. Barras, nous ferons ici quelques réflexions sur une erreur dans laquelle tombent presque tous les malades, ainsi que beaucoup de médecins, relativement à la nourriture dite *tempérante*. Les personnes qui ne vont que rarement à la selle, et avec de grandes difficultés, s'imaginent qu'elles sont *échauffées*, et qu'il n'y a que les aliments rafraîchissants qui puissent faciliter les évacuations alvines; ce qui les engage à ne manger que des légumes, du poisson, des fruits, etc., et à s'abstenir de viandes, dans la crainte de s'échauffer de plus en plus... Eh bien, changez l'alimentation de ces malades; faites-leur prendre avec mesure, des potages gras, des œufs à la coque, des viandes rôties, des légumes au jus, de bon vin rouge, et vous verrez que les évacuations alvines se rétabliront parfaitement bien..., tant il est vrai que les effets des substances alimentaires et médicinales, ne sont point absolus; mais relatifs aux dispositions individuelles. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 453.)

Une étude pareille à celle que nous venons de faire pour les aliments, doit être appliquée aux médicaments. Ainsi, la constipation doit être combattue, si elle résiste au régime, par les suppositoires de beurre de cacao, de suif, etc., deux cuillerées d'huile d'amandes douces injectées dans le rectum suffisent quelquefois. Les lavements doivent être employés avec précaution, car ils occasionnent souvent des coliques flatulentes très incommodes, de la tympanite, etc.; d'ailleurs les lavements émollients, à la graine de lin, à l'eau tiède, à l'eau de guimauve, etc., ont l'inconvénient de perpétuer la constipation qui devient d'autant plus difficile à vaincre qu'on en fait un plus grand usage, et que plus on en prend plus on est obligé d'en prendre; c'est qu'en général quand l'estomac a de la peine à supporter la présence de l'eau, le tube intestinal en souffre également. On peut remédier à cet inconvénient en éloignant les lavements le plus possible, en n'en faisant usage que tous les cinq ou six jours, et quand le besoin des selles se fait vivement sentir, et en rendant leur action moins débilitante par l'addition de quelque substance modérément tonique. La cassonade, le sucre à la dose de 30 à 60 grammes remplissent parfaitement l'objet. Quant aux substances plus irritantes, elles ne sont pas toujours employées sans inconvénient et même sans danger. Une petite quantité de vinaigre prise de cette manière a déterminé plusieurs fois de violentes coliques et on cite des accidents mortels à la suite de l'emploi du sel dans les lavements.

Dans les cas de gastralgies dites acescentes, humides, communes chez les sujets délicats, chez les femmes leucorrhéiques, etc., on peut employer avec avantage la magnésie à la dose d'un gramme à un gramme et demi et même à dose moindre, de 25 à 30 centigrammes, prise immédia-

tement avant les repas, soit seule, soit combinée avec la rhubarbe. Les pastilles de magnésie, celles de bicarbonate de soude ont des avantages marqués. Les yeux d'écrevisse, l'eau de chaux, le sous-carbonate de soude et de potasse liquides, sont recommandés par Schmidtmann, et peuvent être employés dans les cas où les autres absorbants ne réussissent pas. Quant à l'eau magnésienne, on doit y renoncer, car elle détermine des flatuosités et est souvent nuisible.

Les laxatifs, les purgatifs, et surtout les drastiques et les vomitifs sont très rarement indiqués et peuvent occasionner de graves accidents. Il est donc très rare qu'on puisse en faire usage. Cependant l'ipécacuanha peut être quelquefois avantageux ainsi que les minoratifs, tels que la manne, l'huile de ricin, le sirop de rhubarbe, etc.

Nous avons vu que les saignées locales pouvaient être appliquées avec succès au début et dans les cas d'éréthisme, ou de métastase par suite de la suppression d'une hémorrhagie; mais le traitement débilitant ou adoucissant ne doit pas être longtemps continué, car l'atonie nerveuse se manifeste et on fait alors plus de mal que de bien. Dès que l'éréthisme est enlevé, il faut remédier à la faiblesse, et rétablir la force et l'énergie de l'estomac à l'état normal; mais si une médication adoucissante et longtemps continuée, entretient et perpétue la gastralgie, il y a aussi danger à passer subitement à l'emploi des fortifiants. Il faut donc associer les toniques aux relâchants. On peut donner alors une décoction amère coupée avec du lait; mettre dans les bouillons de veau ou de poulet des feuilles de pissenlit, de chicorée sauvage, d'oranger, des fruits du houblon, la germandrée, la fumeterre, la racine de patience, etc.; on prescrit également avec avantage l'eau fraîche sucrée et fortement aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger, une infusion de tilleul édulcorée avec le sirop d'écorce du Pérou, une décoction d'orge et de quinquina, l'eau de riz avec addition d'un peu de cachou, le lichen d'Irlande, etc. Le gland du chêne torréfié et réduit en poudre est employé en infusion. Barras et Marc prétendent avoir dû de nombreux succès à ce dernier moyen, pris à la fin des repas en guise de café; l'extrait de ce gland, à la dose de 30 centigrammes à un gramme un peu avant les repas, produit de bons effets. A l'extérieur on pourra prescrire des bains frais ou froids dans lesquels on met une forte décoction d'écorce de chêne, de racine de valériane, des affusions tièdes ou fraîches, etc., et ajouter dans les cataplasmes et les fomentations sur l'épigastre quelques substances toniques, telles que l'écorce de chêne. La chicorée, la rhubarbe, la valériane des bois, la gentiane, le chardon-bénit, l'absinthe, la petite centaurée, la ménianthe, la racine de columbo, le quinquina, les préparations ferrugineuses, l'eau de Seltz, de Spa, la glace, l'eau glacée peuvent être alternativement employés selon la sensibilité spéciale de l'estomac chez les divers malades; on a encore employé quelquefois avec succès un emplâtre de thériaque ou d'assa-fœtida sur l'épigastre.

Dans les cas où une vive sensibilité de l'estomac est jointe à l'atonie nerveuse de cet organe, Barras employait avec beaucoup de succès un mélange de glace râpée et de sucre en poudre, ingéré par cuillerées à café plusieurs fois par jour. L'eau froide a souvent réussi dans les crampes violentes d'estomac. Quant à la thridace et aux autres préparations de laitue, elles sont peu utiles, surtout quand il y a atonie. Mais un médicament qui peut être d'un secours puissant, c'est l'opium. « Quand la maladie est peu douloureuse, on peut le prescrire à la dose de 1 à 2 centigrammes incorporés soit dans le beurre de cacao, soit dans l'extrait de quinquina, de gland de chêne torréfié ou de gentiane, selon qu'il y a irritation ou débilité nerveuse des premières voies. S'agit-il de combattre une violente douleur d'estomac ou des intestins, une névralgie de ces organes, il est rare que cinq ou six gouttes anodines de Rousseau sur un morceau de sucre, une cuillerée à café de sirop de morphine, ou 5 centigrammes d'opium muqueux, répétés toutes les quatre heures, ne les calment pas en peu de temps; le sirop diacode, à la dose de 32 à 64 grammes dans une potion calmante, produit quelquefois le même effet.

» Indépendamment de la douleur et de

l'insomnie, deux symptômes indiquent plus spécialement l'usage des opiacés ; ce sont : 1° le vomissement des substances alimentaires occasionné par une vive exaltation de la sensibilité nerveuse de l'estomac ; 2° le dévoiement composé des mêmes substances, et provenant d'une sensibilité excessive des intestins. Il est vrai que ces deux symptômes ne sont pas fréquents ; le dernier surtout est très rare ; mais ils peuvent avoir lieu, et l'opium constitue l'un des meilleurs moyens qu'on puisse leur opposer. Whytt obtenait presque toujours, à ce qu'il dit, de bons effets du laudanum de Sydenham. Il rapporte même, à l'appui de son assertion, plusieurs exemples de vomissements qui avaient pour cause une trop grande délicatesse ou une sensibilité contre nature des nerfs de l'estomac, et qui, après avoir résisté à d'autres moyens, cédèrent promptement à cette préparation opiacée, prise une heure avant les repas à la dose de dix à trente gouttes.

» Il est des praticiens qui n'osent pas administrer ce médicament dans les névroses gastro-intestinales, de peur de resserrer le ventre. Cette crainte peut avoir quelque chose de juste, bien qu'il soit possible aussi qu'on attribue souvent au remède, ce qui n'est que l'effet de la maladie ; car on sait que ces névroses s'accompagnent habituellement de constipation..... Mais si l'on s'aperçoit que son usage intérieur ait des inconvénients, il est facile de le suppléer par des applications opiacées sur la région épigastrique. Les plus usitées sont l'emplâtre de thériaque saupoudré de 50 à 60 centigrammes d'acétate de morphine, ou dans lequel on fait entrer 2 à 4 grammes d'opium brut ; un morceau de flanelle trempé dans une forte solution aqueuse de cette dernière substance, des frictions avec un mélange d'axonge et d'extrait thébaïque. J'ai obtenu des résultats fort avantageux d'un liniment composé de 40 à 80 centigrammes de cet extrait, et de 32 grammes d'eau distillée d'amandes amères. Enfin, dans les névralgies rebelles de l'estomac, on peut avoir recours à des topiques plus efficaces et qui calment ces sortes de douleurs d'une manière presque sûre. Il s'agit d'enlever l'épiderme sur un point de l'épigastre au moyen d'un vésicatoire, et de recouvrir la plaie d'un emplâtre d'opium, ou d'y appliquer de l'acétate de morphine réduit en poudre impalpable. Cette dernière préparation étant douée d'une grande activité, la prudence veut que l'on débute, lorsque la peau est dénudée, par une dose très faible, celle de 2 centigrammes par exemple, et qu'on l'augmente graduellement. MM. Villermé et Lembert ont constaté les heureux succès de ce procédé qui m'a également réussi chez plusieurs gastralgiques. » (*Traité sur les gastralgies*, t. I, p. 618 et suiv., 4e édit.)

Un assez grand nombre de médecins, entre autres Desbois de Rochefort, Odier, Baumez, Méglin, Marc, Percy, M. Cayol, etc., disent avoir employé avec succès et à des doses variées dans les gastralgies, le sous-nitrate de bismuth seul ou mêlé avec le columbo, la magnésie, l'extrait de laitue vireuse, etc. La dose conseillée par Desbois, de Rochefort, est de 40 à 50 centigrammes dans du sirop de guimauve répétés de cinq en cinq minutes. Méglin le prescrivait de trois en trois heures, à la dose de 5 centigrammes unis à 50 centigr. de magnésie et autant de sucre. La potion anti-émétique de Rivière, l'huile de Cajeput, l'oléo-saccharum de menthe poivrée ont été également recommandés ; mais la confiance en ces moyens doit être très bornée.

Nous en dirons autant de la noix vomique conseillée par Schmidtmann, et dont l'emploi ne nous paraît pas exempt de danger. Voici, du reste, la manière dont ce médecin l'employait chez les adultes ; il commençait par 10 centigrammes de la poudre, et, au besoin, montait graduellement jusqu'à 20, 30 centigrammes et plus. Dans l'administration de l'extrait, il débutait par 5 centigrammes toutes les deux ou trois heures, et en continuait l'usage pendant plusieurs heures.

L'utilité des révulsifs est fort douteuse dans les gastralgies ; à l'exception des cas de répercussion d'une maladie cutanée. Le vésicatoire sur l'épigastre, le séton, les moxas, les bains de pied sinapisés produisent souvent un effet contraire. On peut obtenir de meilleurs effets des ventouses sèches ou scarifiées.

Les distractions, les travaux de corps,

l'exercice de la chasse, de la pêche et de la gymnastique, les voyages, certaines eaux minérales ont été prescrits avec avantage à quelques malades, et on peut avoir recours à la médecine morale, surtout quand les malades paraissent affectés de leur maladie et sont dans un état plus ou moins voisin de l'hypochondrie.

ARTICLE VIII.

Hypertrophie de l'estomac.

L'hypertrophie de l'estomac est une maladie assez commune; elle peut affecter les deux membranes muqueuse et musculeuse, ainsi que le tissu celluleux qui les sépare; elle peut être partielle ou générale.

L'hypertrophie de la muqueuse est indiquée par une consistance et une épaisseur plus considérables de cette membrane dont la couleur rouge offre, en général, plus d'intensité par un aspect mamelonné et inégal caractéristique, et qui, le plus souvent, n'est que partiel.

Si les villosités seules sont affectées, elles forment des espèces de houppes touffues et portées à un haut degré, elles ont été désignées par les auteurs comme des excroissances fongueuses et polypeuses, presque toujours pédiculées, et dont le volume et le nombre varient considérablement. M. Rullier en a observé jusqu'à quatre-vingts dans un cas, le volume de chaque excroissance égalait celui d'une noisette. Ce volume est quelquefois plus considérable et peut égaler celui d'un œuf ou d'une poire.

« Les follicules sont susceptibles aussi de s'hypertrophier. Dans cet état, ils sont faciles à reconnaître à la simple augmentation de leurs dimensions ordinaires. Remarquons seulement que leur orifice est tantôt dilaté, tantôt fermé, ce qui les fait ressembler, dans le premier cas, à de petites ulcérations; et, dans l'autre, à de simples boutons ou pustules. Leur agglomération sur un point donne à cette portion de la membrane muqueuse une épaisseur plus considérable, et figure une surface inégale chagrinée, qui a quelque ressemblance avec les glandes de Peyer.

» Dans le tissu cellulaire sous-muqueux, l'hypertrophie est aussi commune que dans la membrane muqueuse. Il en résulte, lorsqu'elle est bien prononcée, une couche de tissu lamineux grisâtre, plus dense et plus résistant que de coutume; la membrane muqueuse est moins mobile. Les parois de l'estomac, en apparence saines, ont en cet endroit une épaisseur anormale dont on ne reconnaît la vraie cause que par une dissection attentive. Son siége favori est le pylore ou la portion pylorique de l'estomac, et c'est aux différences d'étendue et de forme qu'elle présente qu'il faut attribuer la plupart des particularités de l'histoire des cancers de l'estomac, dont cette hypertrophie est un des éléments essentiels, ainsi que l'a bien démontré M. Andral.

» La couche musculaire, comme les deux précédentes, s'hypertrophie souvent, et même à un degré considérable, dans les cas d'obstacle au libre cours des matières intestinales, par obstruction du pylore ou par toute autre cause; elle peut aller fort loin. Nous l'avons vu avoir une épaisseur de deux lignes au moins, sans que les fibres musculaires offrissent la moindre dégénération; c'était à la partie moyenne de la grande courbure, sur un estomac sain d'ailleurs, mais fortement dilaté et dont la capacité était énorme... Mais on peut rencontrer les mêmes lésions sans qu'il y ait d'obstacle, soit que cet obstacle ait disparu, soit qu'elles tiennent à un surcroît naturel de dimension et de développement, ce qui est, au reste, fort rare. » (Dalmas, *Dictionnaire* en 30 vol., art. ESTOMAC, t. XII, p. 288.)

Selon M. Cruveilhier, la membrane fibreuse intermédiaire à la membrane musculeuse ou à la membrane muqueuse est très sujette à l'hypertrophie, d'où son épaississement, son augmentation de densité, et souvent tous les effets du squirrhe du pylore. Cette hypertrophie est presque toujours la suite d'une irritation chronique qui peut avoir disparu; plus souvent on rencontre l'hypertrophie de plusieurs membranes à la fois; elle peut occuper la totalité de l'estomac, M. Cruveilhier (*Dictionnaire* en 15 vol.) cite un individu réduit à une grande maigreur, qui éprouvait un malaise extrême à l'épigastre, et vomissait, tous les quatre, cinq ou huit jours, une quantité énorme de liquide (plein deu

vases de nuit à la fois) ; il existait une amplitude extrême de l'estomac, dont les membranes musculeuse et muqueuse, considérablement épaissies, pouvaient être séparées dans toute leur étendue. Le pylore n'était pas ulcéré.

« L'hypertrophie circonscrite de toutes les membranes, poursuit cet auteur, est accompagnée d'induration, et alors la coupe de l'estomac présente l'aspect suivant : développement des villosités de la muqueuse qui présente un aspect fongueux ; épaississement considérable et aspect blanc resplendissant de la membrane fibreuse subjacente, prolongements fibreux de cette membrane à travers la musculeuse qui a doublé, quadruplé, sextuplé d'épaisseur ; quelquefois enfin épaississement de la couche celluleuse qui sépare la membrane musculeuse du péritoine. C'est là l'*hypertrophie avec induration* qui crie sous le scalpel à la manière d'un cartilage ; c'est là le squirrhe pour beaucoup d'auteurs. Pour moi, le squirrhe ou le cancer dur n'est autre chose qu'une trame fibreuse, dans les mailles de laquelle est déposé du suc cancéreux... L'hypertrophie avec induration peut exister sans squirrhe, mais le squirrhe ne peut jamais exister sans hypertrophie avec induration. » (Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. X, p. 241.)

ARTICLE IX.

Atrophie de l'estomac (anémie, amincissement des membranes).

Cette maladie peut porter sur une seule des tuniques ou sur toute l'épaisseur de la paroi de l'estomac. La membrane musculeuse et le tissu cellulaire sous-muqueux s'atrophient quelquefois à tel point qu'on ne peut plus reconnaître la structure normale de l'organe ; ses parois s'amincissent tellement, qu'on dirait une toile celluleuse que recouvrirait le péritoine.

Selon M. Andral (*Clinique*, t. II, p. 61), la tunique muqueuse, amincie dans toute son étendue, se présente sous la forme d'une pellicule blanchâtre, privée de vaisseaux, et tellement mince et adhérente aux tissus sous-jacents, qu'il est difficile de l'en détacher, et que l'on pourrait croire qu'elle n'existe pas. La surface est plus sèche que d'habitude, les glandes mucipares sont à peine visibles ; elle est lisse, blanchâtre, et a perdu son aspect naturel. Quand l'amincissement est partiel, il siége ordinairement vers le grand cul-de-sac qui est aussi le point où l'on rencontre souvent le ramollissement. Toutefois, il peut exister vers le pylore ; il y a quelquefois anémie ou ramollissement et dilatation ; mais cette dernière condition n'est point nécessaire. L'atrophie se montre surtout après les maladies chroniques qui ont exigé une longue abstinence et entraîné le marasme. (Voy. *Gastrite chronique, dilatation, ramollissement*, etc., *de l'estomac*.)

ARTICLE X.

Dilatation de l'estomac.

La dilatation de l'estomac est le résultat de causes diverses et nombreuses. Il peut être produit par polyphagie, par les gaz, les liquides, par une action mécanique.

1° *Dilatation par les gaz* (tympanite stomacale, pneumatose, emphysème de l'estomac). — « On observe pendant la vie une tumeur dure, tendue, douloureuse au toucher, dans l'épigastre ; après la mort, on trouve l'estomac distendu par des vents. Ce viscère acquiert une dilatation énorme, une capacité égale à celle de l'abdomen ; il se remplit de gaz, s'étend en divers sens jusque dans le bassin, et il est aisé de le prendre pour un autre organe ; cet état dépend de l'atonie de ses fibres ou du rétrécissement du pylore. » (J.-P. Frank, *Traité de méd. prat.*, t. I, p. 582.)

2° *Dilatation par ingurgitation.* — La polyphagie peut amener également une dilatation énorme de l'estomac ; tout le monde connaît l'histoire de Tarare, célèbre par sa voracité, et dont l'estomac remplissait la cavité abdominale. Dans cette espèce de dilatation, il y a toujours hypertrophie des tuniques, à moins qu'arrivé à un point extrême de distension, cet organe ne perde tout son ressort, et ne se laisse dilater mécaniquement, comme la vessie et le cœur.

3° *Dilatation par les liquides* (hydropisie de l'estomac, hydrogastrie). — Cette dénomination, ainsi que l'a démontré M. Duplay (*Archives*, 1833, t. III, p. 173), est impropre ; car il ne s'agit pas ici d'une hydropisie, mais de l'accumulation dans la cavité stomacale des boissons ingérées

et des mucosités sécrétées en plus grande abondance.

Les *causes* les plus communes de cette distension sont les maladies organiques de l'estomac, du foie, etc. (voir ces maladies). Quelquefois on n'y peut retrouver aucune lésion organique : c'est une véritable paralysie de l'estomac.

Les *symptômes* principaux de cette affection consistent dans la plénitude progressive de cette région, le son mat qui augmente d'étendue à mesure que la quantité du liquide s'accroît, la gêne dans la respiration et la circulation, mais avec moins de promptitude et d'intensité que dans la tympanite. Les vomissements soulagent momentanément le malade, ainsi que les déjections alvines ; mais bientôt et à mesure que de nouveaux aliments sont introduits, l'estomac se remplit de nouveau et les symptômes se renouvellent. On peut alors, surtout si l'estomac n'est qu'à demi-plein, entendre les sons que les secousses imprimées au corps ou aux parois abdominales font produire aux liquides et aux gaz qui occupent la partie supérieure. Ces sons varient selon la position que prend le malade, et plus tard, lorsque la quantité de liquide est plus considérable, il est moins facile de constater ce phénomène.

La poche que forme alors l'estomac est énorme, recouvre parfois tous les intestins, descend jusqu'au pubis et dans le petit bassin. La dilatation porte tantôt seulement sur le grand cul-de-sac ; d'autres fois elle occupe toutes ses parties, de sorte que sa forme générale n'est pas changée, à l'exception de la grande et de la petite courbure qui sont plus prononcées. Dans un cas cité par M. Duplay, il a trouvé à la grande courbure trente pouces et cinq à la petite. On cite des cas où la quantité de liquide accumulée était énorme et allait jusqu'à près de cent livres. C'est alors que des erreurs de diagnostic ont eu lieu. Ainsi, dans un cas, on crut à une ascite, la ponction fut pratiquée, et le malade mourut. Valsalva cite un fait analogue. On a été jusqu'à confondre cette maladie avec la grossesse.

4° *Dilatation par cause mécanique.* — La dilatation de l'estomac peut exister avec ou sans lésion des parois de l'estomac, et d'une manière tout à fait mécanique. Ce dernier cas se présente lorsque l'orifice pylorique est atteint d'une affection squirrheuse, ou quand il y a atrophie, destruction de la membrane musculeuse, ou adhérences vicieuses de l'organe, des tumeurs voisines, etc. C'est à la suite de l'obstacle journalier que ces causes mettent au passage des matières alimentaires et des boissons qui s'accumulent dans la cavité de l'organe, et le distendent jusqu'à ce qu'il se débarrasse par le vomissement ou qu'il force les matières à franchir le pylore. M. Mérat croit, au contraire, que l'ampliation de l'estomac tient à ce que l'orifice pylorique a perdu son action, et non à ce qu'il est rétréci. Un grand nombre de faits prouvent, en effet, que dans ce cas l'orifice malade est plutôt dilaté que rétréci, et la dilatation ne peut alors s'expliquer par le mécanisme que nous avons indiqué.

Traitement — Le traitement de la dilatation consiste dans quelques indications générales ; quelques moyens d'absorption des gaz, des évacuants employés avec prudence, le régime, et, dans les cas d'affection organique de quelques viscères voisins, le traitement de ces maladies, tel que nous l'avons indiqué, ou l'indiquerons plus loin. (Voir *Gastrite chronique*, *gastralgie*, *cancer de l'estomac*, etc.)

ARTICLE XI.

Ramollissement de l'estomac.

Nous avons traité avec détail (tom. V de la *Bibliothèque*, p. 592 et suiv.) des ramollissements de l'estomac chez les enfants. Nous n'avons pas à revenir sur le ramollissement blanc, gélatiniforme, non inflammatoire. Nous n'aurons donc à nous occuper ici que du ramollissement rouge ou inflammatoire ; c'est celui qu'on rencontre presque uniquement d'ailleurs chez les adultes.

Causes. — L'état d'affaiblissement de la constitution par des maladies chroniques semble prédisposer à cette affection. Parmi ces maladies, on doit citer surtout la gastrite chronique, la phthisie, le cancer utérin. Les irritants gastriques, les liqueurs fortes y prédisposent. Beaucoup de médecins d'ailleurs n'ont vu, dans cet état

de la muqueuse, que les suites de l'inflammation de l'estomac.

« Le ramollissement rouge affecte de préférence la membrane muqueuse; il se montre par plaques régulièrement circonscrites ou sous forme de bandes allongées comprenant des portions plus ou moins considérables de l'estomac. Dans cet état, la membrane muqueuse, de couleur variable, mais le plus souvent rouge ou brune, est tout à fait molle et diffluente; on ne peut en enlever avec la pince aucun lambeau; elle s'en va sous le doigt ou sous l'eau. Ce ramollissement va quelquefois si loin, qu'à l'ouverture du corps on ne trouve plus de traces de cette membrane; elle est détruite en totalité depuis le cardia jusqu'au pylore; le tissu sous-muqueux est à nu. » (Dalmas, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XII, p. 289.)

Nous n'insisterons ici ni sur le diagnostic ni sur le traitement de cette affection, renvoyant à l'histoire de la phthisie, de la fièvre typhoïde, etc., ce que nous pourrions en dire (voir ces mots).

ARTICLE XII.

Ulcérations de l'estomac.

Nous empruntons à M. Dalmas ce que nous avons à dire de cette affection.

Selon cet auteur, « les ulcérations de l'estomac varient beaucoup, tant en elles-mêmes et sous le rapport anatomique, que sous celui des circonstances qui président à leur formation.

» Qu'elles aient été précédées d'une simple injection ou d'un ramollissement aigu, de la formation d'une escarre, ou, au contraire, d'un engorgement chronique; qu'elles occupent le tissu de la membrane muqueuse, les follicules ou ses villosités, elles peuvent être distinguées, d'après leur profondeur, en érosions légères ou en ulcères proprement dits, et ceux-ci sont simples ou compliqués.

» Récentes et sous forme d'érosions, elles sont petites, peu étendues, superficielles, semblables à de simples impressions digitales; le sommet des villosités est comme usé; la différence de niveau est à peine sensible pour l'œil, encore moins pour le doigt. Plus avancées, elles comprennent une partie de l'épaisseur de la membrane muqueuse; avec le temps, elles s'étendent à cette épaisseur toute entière, et dès lors on leur distingue des bords et un fond bien prononcé.

» Le travail de destruction continuant, le tissu cellulaire est envahi à son tour, quelquefois sur une surface plus grande que ne l'a été la membrane qui le recouvre, et alors les bords de celle-ci sont décollés. Après le tissu cellulaire, c'est la couche musculaire, et enfin la séreuse qui s'érode, et il en résulte une perforation complète, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le grand nombre de ces ulcérations s'arrête à la surface de la membrane cellulaire ou de la musculaire; avec le temps, leurs bords et leur fond s'épaississent, se couvrent de rugosités, végètent ou se cicatrisent, ce qui donne lieu à une multitude d'aspects différents. Leur nombre et leur étendue varient aussi beaucoup. Il n'est pas rare d'en trouver beaucoup quand elles sont petites; les plus grandes, celles qui compliquent l'hypertrophie squirrheuse, sont ordinairement uniques. Après elles, lorsqu'il y a eu cicatrisation, on voit, à l'extérieur de l'estomac, une plaque de figure variable, formée de tissu cellulo-fibreux, un peu déprimée, autour de laquelle les tuniques sont irrégulièrement plissées et enfoncées, et n'offrent que très peu d'épaisseur. » (*Dictionnaire* en 30 vol., t. XII, p. 290.)

ARTICLE XIII.

Perforations de l'estomac.

On entend par perforation de l'estomac toute solution de continuité qui a déterminé une communication anormale, soit entre ce viscère et la cavité péritonéale, soit entre lui et les organes voisins, à la suite d'adhérences préalables.

Caractères anatomiques. — « Lorsqu'il y a adhérence des parois de l'estomac avec les parties voisines, il peut se faire qu'il n'y ait point d'épanchement dans l'abdomen, mais bien communication entre l'estomac et une portion circonscrite du péritoine, ou bien une autre portion du tube digestif, la cavité de la plèvre, celle du péricarde, ou enfin l'extérieur. Si cet épanchement a lieu dans la plèvre, le péricarde ou le péritoine, il survient une inflammation qui est promptement mortelle; mais, dans les autres cas, il n'en

est pas nécessairement de même. Dans celui, par exemple, où les matières trouvent, au moyen de cette perforation, une issue que leur refusait auparavant le pylore malade, il peut en résulter un amendement marqué. » (Dalmas, *Dictionnaire* en 30 vol,, t. XII, p. 291.)

L'ouverture morbide peut être tellement petite, qu'elle ne forme qu'une petite portion dont l'insufflation seule peut démontrer la présence. D'autres fois on a trouvé des perforations ayant au moins un pouce de diamètre. Au lieu de cette disposition circulaire que nous indiquons ici, le viscère peut offrir une véritable déchirure, ayant jusqu'à plusieurs pouces de longueur. L'état des membranes autour de la perforation est très variable. Si l'ulcération qui l'a produite est de nature inflammatoire, les bords en sont rouges, tuméfiés, ramollis ou ulcérés. « Quelquefois la muqueuse qui forme les environs de l'ulcère est elle-même détruite, et les autres membranes grisâtres, ramollies, percées de trous ; on voit aussi les bords de l'ouverture unis, arrondis, rougeâtres, avec leur consistance normale. Dans quelques cas de rupture spontanée, il n'existe aucune espèce d'altération appréciable. Lorsque c'est un ramollissement qui a déterminé la rupture des membranes, on en retrouve souvent des vestiges dans d'autres points. Il en est de même dans les cas de perforation cancéreuse ; les bords de l'ulcère sont altérés, et présentent, soit le tissu squirrheux, soit le tissu encéphaloïde à différents degrés du ramollissement ; la perte de substance se cache souvent, dans ce cas, au milieu de végétations cancéreuses qui font saillie dans la cavité du ventricule. On trouve aussi des perforations entourées de tissus cartilagineux et osseux. » (Monneret et Fleury, *Compendium de médecine*, t. III, p. 540.)

Causes.—Les causes les plus fréquentes des perforations de l'estomac sont les violences extérieures, les plaies, les corps étrangers (voir ces articles); des efforts même peu considérables les déterminent quelquefois ; on les avait attribuées aux ascarides lombricoïdes que l'on a trouvés quelquefois engagés à travers ces perforations; mais les recherches récentes des zoologistes ont prouvé que l'extrémité céphalique de ces entozoaires n'est pas organisée de manière à opérer de telles lésions.

Nous renvoyons au volume qui traitera de la toxicologie, l'étude des perforations produites par l'ingestion des poisons corrosifs.

Les perforations sont fréquemment encore la suite de la gastrite chronique et des ulcérations (voir ces articles); enfin il est des perforations qui n'offrent pas de causes appréciables, et que l'on nomme *Perforations spontanées.* (Voir *Péritonite.*)

Les perforations peuvent affecter la portion sphérique ou la région pylorique. Sur sept cas, Abercrombie les a vues occuper trois fois la petite courbure, deux fois la face antérieure, une fois la face postérieure et une fois le cardia,

Symptômes. — Le malade est pris tout à coup d'une douleur atroce qui fait pousser des cris aux hommes les plus courageux; de la région épigastrique, qui est son point de départ, la douleur se propage dans toute la cavité abdominale. En même temps le malade est obligé de se tenir courbé, sa peau devient froide, le pouls imperceptible : quelquefois il perd connaissance. Ces accidents sont presque toujours accompagnés de nausées, de vomissements, tantôt de matières alimentaires, tantôt de matières sanguinolentes; la face se grippe et s'altère profondément ; parfois le ventre se ballonne, ce qui peut dépendre de la formation des gaz qui sont passés des intestins dans le péritoine. Dans quelques circonstances, les principales artères de l'estomac, étant envahies par les tissus morbides, se sont trouvées détruites avec les parois des viscères, et l'on a vu alors une hémorrhagie considérable donner lieu à un épanchement sanguin dans la cavité abdominale. Dans tous ces cas de perforation avec épanchement quelconque dans le péritoine, la mort arrive très rapidement par suite du développement que prend la péritonite.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence relative des perforations de l'estomac et des intestins. M. Andral, entre autres, a admis que les perforations de l'estomac étaient plus fréquentes que celles de toutes les autres parties du tube digestif; d'autres ont prétendu que les per-

forations de l'intestin grêle sont pour le moins aussi fréquentes.

Diagnostic. — La perforation de l'estomac pourrait être confondue avec une hernie étranglée ; mais on reconnaît celle-ci à la présence d'une tumeur vers une ouverture normale ou accidentelle, au siége de la douleur, à la cause première. Quant à l'iléus, à la métrite, à la péritonite partielle, on ne peut guère les confondre avec la perforation gastrique quand ces maladies sont primitives. « Il suffit, disent MM. Monneret et Fleury, de s'enquérir des accidents de la maladie pour asseoir le diagnostic ; il existe toujours des symptômes d'une affection gastrique, si ce n'est dans les cas rares où la perforation est spontanée, et sans altération préalable des tuniques. Quelquefois, au milieu des efforts du vomissement ou pendant des contractions musculaires énergiques, le diaphragme se rompt, et l'estomac, ainsi qu'une portion des intestins, passe dans la cavité pectorale, et cause rapidement l'asphyxie; mais, dans ce cas, la mort arrive bien plus rapidement que lorsqu'il y a perforation, et les symptômes ne sont plus les mêmes. » (*Compendium de médecine*, t. III, p. 563.)

ARTICLE XIV.

Cancer de l'estomac.

On comprend sous le nom de *cancer de l'estomac* toutes les altérations organiques de cet organe qui présentent les caractères du tissu squirrheux et du tissu encéphaloïde.

Causes. — Les causes du cancer de l'estomac sont celles de tous les autres cancers : ce sont, entre autres, les affections morales tristes, les excès de table, de boissons, surtout à jeun, et falsifiées, l'emploi répété de purgatifs drastiques, de remèdes excitants, l'abstinence prolongée, l'ingestion d'une substance toxique à faible dose, les tempéraments sanguins, nerveux, lymphatiques ou mixtes. Le cancer de l'estomac succède souvent à la gastrite chronique dont il est une des terminaisons. Il est d'ailleurs plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, dans les classes élevées et infimes de la société, l'une et l'autre exposées à des intempérances ou à des privations, à des excès de plus d'un genre. On a prétendu que certaines professions exposaient plus que d'autres au cancer de l'estomac; l'expérience ne l'a pas confirmé d'une manière positive. La rétrocession d'une hémorrhagie, d'un vice dartreux ou autre, peut avoir eu, dans quelques circonstances, une influence sur le développement de cette maladie; mais on a évidemment exagéré l'importance de cette cause. Il est assez fréquent dans l'âge adulte et la vieillesse, très rare vers la puberté, jusqu'à vingt-cinq ans.

Caractères anatomiques. — «Le volume de l'estomac n'est pas toujours resté le même dans la dégénérescence de ses tissus; quelquefois sa capacité contiendrait à peine un demi-litre d'eau; ses parois sont épaisses et revenues sur elles-mêmes. Cette disposition se remarque particulièrement quand la maladie, attaquant le corps de l'organe s'est encore portée sur l'ouverture cardiaque. D'autres fois, au contraire, l'estomac a pris une si grande extension, que son étendue est doublée; alors il refoule tous les organes voisins. Dans ce cas, ses parois paraissent saines et de même épaisseur que dans l'état naturel; tout le désordre se trouve sur l'orifice duodénal, et c'est son occlusion qui, en s'opposant au cours des substances alimentaires, a dû ainsi devenir cause de ces dispositions pathologiques. Sur la plupart des cadavres, on trouve toute la surface muqueuse du ventricule baignée par des mucosités brunâtres.

» La dégénération cancéreuse de l'estomac peut l'envelopper tout entier ou n'attaquer qu'une partie de sa surface; et, dans ce cas, qui est le plus ordinaire, les parties affectées sont, dans l'ordre de fréquence, le pylore, le cardia, la grande et la petite courbure. Quand les orifices sont atteints, tantôt leur diamètre est augmenté, tantôt il est diminué ; la maladie peut se limiter à l'œsophage ou au duodénum; elle peut se propager vers ces parties.

» Si l'on divise une tumeur cancéreuse, on voit qu'elle est surtout composée d'une masse homogène, formée par les membranes qu'on ne saurait plus distinguer l'une de l'autre; toutes réunies ne forment

plus qu'un tissu lardacé, blanchâtre, quelquefois cartilagineux, dont l'épaisseur varie depuis deux ou trois lignes jusqu'à quelques pouces. Dans certains cas, on parvient à reconnaître diverses couches d'aspect différent, et correspondant aux membranes de l'estomac ; quelquefois une dissection attentive permet de les isoler l'une de l'autre et d'examiner les altérations qu'elles ont subies. » (Ferrus, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XII, p. 362.)

La membrane muqueuse peut offrir différentes altérations. On la trouve d'un blanc mat, laiteux ou de couleur rouge brun, ou enfin avec une teinte ardoisée. M. Prus, dans un mémoire intéressant (*Recherches sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac*), a signalé la consistance de la muqueuse qui est tantôt indurée ou notablement épaissie, tantôt convertie en une toile mince, unie et blanchâtre ; les villosités sont quelquefois détruites dans une plus ou moins grande étendue. Cette membrane présente encore quelquefois une consistance lardacée et différents degrés de ramollissement. L'hypertrophie des glandes mucipares a été aussi signalée ; ces glandes paraissent plus nombreuses et plus saillantes, colorées, tantôt en noir à leur sommet, tantôt en rouge vif à leur base. Souvent l'orifice en est déprimé, et elles offrent l'aspect d'une petite tumeur ombiliquée. Les fongus, les polypes, les végétations, les ulcérations de cette membrane que l'on a souvent attribués au cancer, peuvent se rencontrer dans d'autres affections.

La membrane muqueuse peut être affectée primitivement de cancer ; mais jusqu'à présent aucun fait bien probant n'est venu constater qu'elle pût être atteinte seule, sans que les tissus sous-jacents fussent envahis. Ainsi le *tissu cellulaire sous-muqueux* est ordinairement atteint en même temps ; on y observe des lésions analogues à celles que nous avons signalées pour la muqueuse, telles que l'épaississement porté jusqu'à un pouce et plus dans une étendue plus ou moins circonscrite. M. Andral ne pense pas que cette altération consiste dans le développement d'un tissu de nouvelle formation, mais dans l'hypertrophie du tissu sous-muqueux. Cet état est plus fréquemment observé vers le pylore, dont l'orifice peut être dilaté ou rétréci, ou conserver son volume normal. « A mesure que cette dégénérescence fait des progrès, elle envahit le tissu cellulaire inter-musculaire ; on voit alors se dessiner des cloisons blanchâtres fibreuses, brillantes, qui donnent un aspect lobulé à la membrane charnue, et se continuent avec la couche celluleuse interposée entre la membrane musculeuse et le péritoine. Quoi qu'il en soit, ce tissu cellulaire sous-péritonéal est plus rarement affecté que toutes les autres couches de la même nature. » (*Dictionnaire Fabre*, t. IV, p. 13.)

M. Louis a signalé surtout dans son *Mémoire sur le cancer* (*Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques*) les lésions du *tissu musculaire*, parmi lesquelles est son hypertrophie. Il dit avoir rencontré cette membrane épaissie, bleuâtre, avec un reflet brillant et demi-transparent, cassante et traversée par des cloisons celluleuses qui participaient à l'altération. La lésion de cette membrane, signalée déjà par Bartholin et Morgagni, existe dans le plus grand nombre des cas. Le tissu musculaire altéré est difficile à séparer des autres tissus ; son épaisseur peut varier d'une ligne à un pouce. C'est la section de ces cloisons qui détermine cette espèce de cri que le scalpel fait entendre en les incisant, et qui n'a pas lieu lorsqu'on le promène parallèlement à la direction des fibres indurées.

Ces divers tissus ne sont pas les seuls qui soient altérés dans le cancer de l'estomac. On signale plus rarement, il est vrai, les lésions des *vaisseaux*, des *nerfs*, etc. M. Cruveilhier a rencontré une fois cette dégénérescence squirrheuse dans le pneumo-gastrique, au niveau du cardia. M. Prus l'a indiquée aussi dans le cordon œsophagien droit. M. Andral a trouvé les veines sous-muqueuses offrant un aspect variqueux prononcé. Les *ganglions lymphatiques* peuvent être volumineux, et développés tantôt à l'état de crudité, tantôt à l'état de ramollissement. On a vu des vaisseaux lymphatiques partant des points affectés de l'estomac, charrier une matière épaisse, purulente, blanchâtre et même tuberculeuse. M. Marchessaux a rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* (t. II, 2e série, février 1840, n° 20, p. 77) un fait re-

cueilli à la clinique de M. Chomel, et où l'on avait trouvé dans l'épaisseur du mésentère un grand nombre de vaisseaux commençant à l'estomac et se continuant vers les ganglions lymphatiques hypertrophiés ; ces lymphatiques étaient noueux et avaient l'aspect d'un vaisseau moniliforme ; ils étaient blanchâtres et tellement dilatés en quelques points, qu'ils avaient le volume d'une lentille. On pouvait apercevoir dans l'épaisseur de l'intestin grêle et dans les espaces où manquent les valvules conniventes, des lignes blanchâtres qui étaient assurément les lymphatiques abdominaux mieux injectés que l'on n'aurait pu le faire artificiellement. Il existait en même temps des tumeurs cancéreuses à divers degrés de transformation autour de la colonne vertébrale, de l'aorte, des gros vaisseaux et des reins.

« A une certaine période de la maladie, l'estomac offre une ulcération dont les bords durs, renversés sur eux-mêmes, limitent une surface couverte d'excroissances et de fongosités, au milieu desquelles on trouve les orifices béants de quelques vaisseaux d'un diamètre quelquefois considérable.

» L'ulcération fait des progrès en profondeur en même temps qu'en largeur; d'abord bornée à la muqueuse, elle atteint bientôt le tissu sous-muqueux, la tunique musculaire et la séreuse. Alors la cavité de l'estomac communique avec l'abdomen, ou bien les viscères environnants adhèrent à la surface ulcérée et empêchent la communication de s'établir. M. Andral cite une observation dans laquelle les tuniques de l'estomac étant détruites, un tissu cellulaire dense et serré unissait au pancréas les bords de l'ulcération (*Clinique médicale*). Dans le même ouvrage, ce professeur cite un autre cas où l'on trouva la cavité de l'estomac communiquant avec l'intérieur du poumon à travers le diaphragme. Nous pourrions citer plusieurs cas de cancer d'estomac dans lesquels des adhérences s'étant établies entre ce viscère et le côlon transverse, l'ulcération s'était étendue d'un viscère à l'autre, et avait fait communiquer leurs cavités entre elles. Le foie, la rate, le pancréas, en raison de leur voisinage avec l'estomac, sont souvent atteints par la dégénération cancéreuse. Mais les ravages du cancer, quelquefois, ne se bornent pas à ces organes; la paroi abdominale a été détruite dans une grande étendue. M. Cayol a vu les vertèbres dorsales corrodées par le contact d'une masse squirrheuse. Dans la *Monographie des dégénérations squirrheuses de l'estomac*, par M. Chardel, on trouve l'observation d'un individu atteint d'un cancer de l'estomac, chez lequel le corps des vertèbres placées derrière la partie squirrheuse était ramolli et dans un état de dissolution. » (Ferrus, *loc. cit.*, t. XII, p. 365.)

Symptômes. — Le malade éprouve au début des aigreurs, des flatuosités, le plus souvent il y a de la dyspepsie. Il se manifeste diverses sensations vers la région épigastrique, chez les uns avant le repas, chez les autres après. Plus tard on reconnaît des symptômes nerveux qui ont la plus grande analogie avec ceux qui caractérisent la gastralgie, au point qu'à une certaine époque de la maladie il est souvent difficile de bien formuler le diagnostic. Au début, les matières vomies sont incolores, filantes, ne contiennent pas de substances alimentaires; à une époque plus avancée, le malade rejette celles-ci de temps en temps, et, vers la fin, il ne peut souvent conserver ni les matières solides ni même les boissons. La soif est médiocre, la langue ordinairement naturelle; il y a aussi de la constipation.

« Dans quelques cas, la vacuité de l'estomac s'accompagne d'une sorte de chatouillement à l'épigastre, d'un bien-être indicible; l'appétit semble plus vif. Lorsque cet organe a reçu des substances alimentaires, il choisit pour ainsi dire parmi elles certains corps, tels que la graisse ou la matière butyreuse, les ramène vers l'œsophage, d'où ils sont rejetés facilement, sans qu'ils paraissent altérés. Plus tard, cependant, les malades sont tourmentés par une soif vive, un sentiment de chaleur dans la région de l'estomac; ils se plaignent d'y éprouver une pesanteur et quelquefois des douleurs passagères. Des renvois inodores, mais plus ordinairement fétides ou d'une acidité âcre, accompagnent les moindres digestions; ces aigreurs sont provoquées presque instantanément par l'usage du vin, et surtout si l'estomac est vide. Dans cette première période du

cancer de l'estomac, les vomissements sont assez rares ; le matin seulement, les malades rejettent, à jeun, quelques gorgées de matières glaireuses et filantes. Ce caractère est un des plus constants.

» Les symptômes offrent quelquefois dans leur cours une suspension, une sorte d'intermittence; le malade semble avoir recouvré la santé; il peut même prendre de l'embonpoint. Cependant, sans cause connue, ces symptômes reparaissent avec plus d'énergie qu'ils n'en avaient avant la cessation. Les douleurs se réveillent; elles sont à la fois plus aiguës et plus prolongées. Les vomissements deviennent fréquents ; ils se déclarent après l'ingestion des substances alimentaires, et en contiennent une partie. D'abord celles-ci sont peu altérées, mais quelques mois après elles deviennent brunâtres, comme mêlées de suie ou de marc de café. Une anomalie singulière, c'est le vomissement des aliments ingérés la veille, sans que, parmi les matières évacuées, il soit amené aucune portion de celles qui viennent d'être prises.

» Arrivé à ce terme, le cancer de l'estomac peut se manifester par un symptôme local, la présence dans la région épigastrique d'une tumeur qui devient de plus en plus saillante à mesure que l'amaigrissement fait des progrès. Des gaz, des borborygmes, une constipation opiniâtre alternant quelquefois avec la diarrhée, des hoquets fréquents, des coliques, le ballonnement du ventre, la fréquence des vomissements, augmentent les souffrances du malade; sa face prend la teinte jaune-paille des affections cancéreuses ; sa maigreur est telle, qu'il ressemble à un squelette ; son pouls faiblit, son haleine devient fétide, et bientôt, le marasme étant arrivé à son dernier point, le malade expire après un court évanouissement. Le terme de la vie peut être hâté par quelques circonstances accessoires à la maladie; quand il s'établit une communication directe entre l'estomac et le côlon transverse ; quand l'estomac, perforé, laisse passer les matières qu'il contient dans la cavité abdominale. Dans certains cas, l'individu succombe à l'excès des douleurs; d'autres fois, et c'est particulièrement dans le cancer du pylore avec destruction de la valvule pylorique, un dévoiement qu'on ne peut arrêter, ruine plus promptement les forces que ne le comporte l'étendue des désordres locaux; enfin, la mort la plus affreuse est celle qui suit le squirrhe du cardia ; cette ouverture oblitérée ne permet plus le passage des aliments, ils sont rejetés aussitôt leur ingestion, et les angoisses de la faim, autant que la certitude de ne pouvoir la satisfaire, abattent en peu de temps toutes les facultés du malade. Ce cas est le moins fréquemment observé. En général, le cancer de l'estomac suit une marche assez lente, nous pensons qu'elle peut embrasser plusieurs années, cinq à six, quoique dans les exemples les plus communs elle paraisse se prolonger beaucoup moins, ses premiers progrès restant souvent inconnus. A cette occasion, il est à remarquer que la maladie suit en général la même progression dans ses périodes, c'est-à-dire que les accidents de sa terminaison sont d'autant moins prompts que les moyens d'invasion se sont développés dans un laps de temps plus long ; ou autrement, que si les premiers symptômes se sont tous montrés en quelques mois, de même ceux de la terminaison suivront une marche rapide. » (Ferrus, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XII, p. 369.)

« C'est surtout parmi les indigents, dont la sensibilité paraît émoussée par les souffrances et les privations de toute espèce, qu'on observe ces lésions organiques *occultes*, qui minent sourdement la constitution et conduisent au tombeau par tous les degrés du marasme, sans troubler d'une manière spéciale les fonctions de l'organe lésé. Les cancers du pylore et du cardia, qui sont, parmi les cancers de l'estomac, ceux dont les symptômes ont, en général, le plus d'intensité, peuvent ainsi causer la mort, sans qu'aucun signe extérieur décèle leur existence. Quelquefois, ces signes s'étant manifestés dès le principe, et ayant disparu au bout de quelque temps, la maladie a continué sa marche sous les apparences d'une fièvre hectique simple, d'une diarrhée chronique ou de quelque autre affection étrangère à l'estomac. Toutes ces variétés, dont les auteurs ne disent rien ou presque rien, nous paraissent très importantes à connaître, pour n'être point induit en erreur par les descriptions générales. »

(Bayle et Cayol, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. III, p. 622.)

Diagnostic. « Le cancer de l'estomac présente souvent dans son diagnostic des difficultés qui tiennent à deux causes, l'instabilité des symptômes, leur apparition dans d'autres affections.

» 1° Il survient chez certains individus d'un tempérament nerveux des vomissements de mucosités mêlées à des matières alimentaires qui peuvent amener à leur suite l'amaigrissement et la mort. M. Roux en cite un exemple dans le *Journal de médecine*, 1821 : Une jeune femme, à la suite de chagrins vifs et profonds, fut prise de vomissements continuels ; elle succomba au bout d'un mois dans une émaciation extrême. A l'autopsie, l'estomac fut trouvé sain. Le diagnostic peut présenter plus de difficultés, si, comme M. Cayol l'a vu, les matières vomies ont une couleur grisâtre ou noirâtre. C'est alors, d'après l'examen des causes, l'enchaînement des symptômes, les effets produits par telle ou telle médication sagement administrée, que l'on peut établir son diagnostic.

» 2° Je ne sais jusqu'à quel point une hernie de l'estomac a pu être prise pour un cancer de ce viscère. Dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, je trouve l'observation d'un jeune chirurgien chez lequel une pareille maladie détermina, à la suite de vomissements bilieux abondants, une fièvre lente, une douleur vive dans la région épigastrique et une maigreur extrême; il existait aussi une tumeur dans cette région ; mais cette tumeur était *mollette* et disparaissait par la pression. Ce jeune homme guérit aussitôt qu'on eut placé sur la tumeur un bandage compressif.

» 3° Si la perforation de l'estomac est produite par une inflammation lente, chronique, il peut se faire que, des adhérences s'établissant entre les bords de l'ouverture et les parties voisines, la mort n'arrive pas promptement ; mais alors il survient des difficultés dans la digestion, pouvant occasionner une série d'accidents analogues à ceux dont nous avons parlé. C'est alors qu'il faut s'aider surtout du commémoratif, des renseignements sur l'invasion de la maladie. Elle est souvent due à une cause externe et toujours accompagnée de symptômes inflammatoires.

» 4° Diverses tumeurs peuvent se développer dans l'abdomen, aux environs de l'estomac, et en imposer pour un cancer de ce viscère. Chardel cite plusieurs observations fort remarquables à l'appui de cette assertion. Une femme, à la suite d'une chute, éprouve un sentiment de pression vers le creux de l'estomac, des vomissements de matières noirâtres surviennent ; le palper fait reconnaître dans la région épigastrique une tumeur dure et douloureuse. A l'autopsie, on trouva que cette tumeur était formée par le lobe gauche du foie ; il existait en même temps un ulcère de 6 lignes environ d'étendue, formé par l'érosion du duodénum.

» Chez un autre individu, à la suite d'une douleur profonde, une tumeur se manifesta dans la région épigastrique ; il survint des vomissements fréquents. On reconnut à la mort de l'individu qu'elle était produite par un vaste foyer purulent situé dans l'arrière-cavité des épiploons.

» Des glandes mésentériques tuberculeuses, situées dans la région épigastrique, des concrétions dans les conduits biliaires, peuvent offrir quelques symptômes d'un cancer de l'estomac. Dans le premier cas, il est rare qu'une seule glande soit engorgée. Il en est d'autres en même temps dans l'abdomen comme dans l'observation citée par Chardel. Dans le second cas, il y a ictère ; les vomissements ne sont jamais noirâtres, et les matières fécales offrent une couleur caractéristique.

» 5° M. Cayol dit que la toux observée chez quelques sujets affectés de cancer de l'estomac, coïncidant avec l'absence des principaux symptômes de cette maladie, peut la faire confondre avec la phthisie pulmonaire. Aujourd'hui, les signes fournis par la percussion et l'auscultation doivent préserver d'une semblable erreur.

» 6° Enfin, il est une dernière maladie qu'il est souvent difficile et même impossible de distinguer du cancer de l'estomac ; je veux parler de la gastrite chronique. Sous le rapport des symptômes, sous le rapport du traitement, rien qui puisse établir une différence marquée entre ces deux maladies. Toutes les causes que nous pourrions indiquer comme produisant la gas-

trite, nous les trouverons dans le cancer de l'estomac. Les symptômes, tels que la douleur épigastrique, les troubles de la digestion, les rapports, les éructations, les nausées, les vomissements même de matières noirâtres, la gastrite peut les offrir. Bayle et M. Cayol pensent qu'on peut présumer que la maladie est une phlegmasie chronique et non un squirrhe, si elle a débuté tout à coup par des vomissements; si les remèdes antiphlogistiques procurent du soulagement; si le sujet est âgé de moins de vingt ans; si les vomissements sont tellement rapprochés que l'estomac semble ne pouvoir supporter le contact des aliments; si au bout de plusieurs mois de vomissements presque continuels, ou d'une sorte de rumination et de régurgitation des aliments, on ne distingue pas de tumeur dans la région épigastrique; enfin si le malade, quoique très amaigri, n'a point cette couleur jaunâtre qui est un des caractères de la cachexie cancéreuse; mais de la présomption à la certitude, il y a loin.» (Ferrus, *Dict. cité*, t. XII, p. 371.)

Traitement. Selon M. Prus, les principales indications à remplir dans le traitement du cancer, sont les suivantes :

« 1° Combattre la congestion sanguine qui a pu commencer, qui peut entretenir ou aggraver le désordre; 2° modérer ou prévenir la trop grande activité des follicules mucipares, dont une sécrétion excessive augmente le volume, et produit par suite l'épaississement de la muqueuse; 3° modifier le système nerveux affecté primitivement ou secondairement; 4° éviter les contractions fréquentes des fibres musculaires de l'estomac, puisque l'exercice est la cause la plus puissante de l'hypertrophie du membre; 5e éviter ou faire cesser l'engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux et sous-péritonéal, et celui des vaisseaux lymphatiques; 6° prévenir ou combattre les complications qui peuvent venir soit d'une affection syphilitique, dartreuse, goutteuse, rhumatismale, psorique; soit de la répercussion d'un exanthème ou d'un exutoire. » (*Recherches sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac*. Paris, 1828, in-8.)

» C'est, dit M. Ferrus, sur le régime qu'il faut insister. L'usage des aliments épicés, salés, etc., sera d'abord proscrit. La douleur qui suit l'emploi du vin indique assez aux malades que cette boisson doit être, sinon entièrement, du moins en partie supprimée. Les autres liqueurs alcooliques plus concentrées, seront tout à fait défendues. Désormais la nourriture sera exclusivement tirée des viandes blanches, fraîches, cuites à l'eau ou rôties. Les repas seront peu copieux, mais fréquents, et pris à des heures réglées. On se tromperait fort si l'on croyait arrêter les progrès de la maladie par une diète rigoureuse : celle-ci, en exaltant les propriétés vitales de l'organe souffrant, ne ferait au contraire que les favoriser. Peut-être, d'ailleurs, le passage journalier d'une pâte alimentaire non irritante pourrait-il, si le squirrhe occupe les orifices de l'estomac, retarder leur rétrécissement. L'eau serait certainement la boisson la plus convenable; si cependant les malades ne peuvent la supporter pure, on peut, sans danger, lui donner une saveur agréable par l'addition de quelques gouttes d'une eau distillée, de fleurs d'oranger, par exemple. Nous pensons aussi que ces malades doivent fuir l'usage des tisanes préparées par l'ébullition, lors même qu'elles ne contiendraient que des principes insignifiants, l'expérience ayant prouvé qu'ainsi privée d'air, l'eau était d'une digestion plus difficile. On doit se borner, si le besoin ou l'habitude font réclamer quelques médicaments de cette sorte, à prescrire la simple dissolution d'une substance mucilagineuse ou gommeuse dans l'eau commune. On ne doit point négliger l'état de la peau dans ses soins généraux; ce serait méconnaître les rapports multipliés du système cutané avec la membrane muqueuse des voies digestives. Les bains tièdes prolongés, les frictions sèches, particulièrement sur les bras et le tronc, doivent ici trouver leur place. Il faut tout employer pour relever l'activité organique générale, et donner de l'énergie aux forces morales, si souvent altérées.

» Dans une époque plus avancée, où l'on peut déjà soupçonner l'engorgement squirrheux, d'autres moyens seront joints à ceux-ci; c'est le moment d'employer les dérivatifs conseillés par quelques auteurs dans un terme plus avancé. Des exutoires placés sur les membres, quelques sangsues

appliquées sur l'épigastre ou à l'anus, seront souvent d'un avantage marqué. Quand ces moyens sont insuffisants, on peut avoir recours à des médications plus actives, et quelques praticiens n'hésitent point à appliquer des sétons et des moxas sur la région de l'estomac. Pendant cette période encore, on a préconisé les eaux minérales alcalines et gazeuses ; plus d'une fois elles ont eu quelques succès ; cependant nous devons prévenir de ne point insister sur leur usage s'il n'est point suivi d'un prompt soulagement ; elles peuvent, pour quelques individus, être trop irritantes ; presque toujours nous les étendons avec l'eau commune ou le petit-lait ; elles peuvent ainsi s'employer plus longtemps. Le lait est une ressource précieuse dans le traitement du cancer de l'estomac, et à laquelle on doit recourir du moment que le diagnostic est fixé : c'est à la fois un excellent remède et une nourriture facile pour les malades dont le squirrhe occupe l'ouverture pylorique. Nous avons vu nombre d'individus alimentés pendant plusieurs mois, plusieurs années, par son seul emploi. Malheureusement quelques malades ne peuvent le supporter, et l'usage en est accompagné quelquefois de dévoiement, et même de mouvements fébriles.

» Mais nous arrivons à un degré de la maladie où il ne faut plus que remédier aux symptômes qui menacent de hâter le dernier moment. Les douleurs, et l'insomnie qui en est dépendante, réclament l'usage de calmants et de préparations opiacées ; ordinairement on donne ces médicaments en pilules ou sous forme de potion : c'est tantôt l'extrait gommeux d'opium ou l'acétate de morphine, tantôt le laudanum liquide de Sydenham ; dans quelques circonstances on peut leur associer les extraits de jusquiame, de ciguë, etc. Ces moyens ont aussi quelquefois calmé les vomissements. Si l'on pouvait présumer qu'ils ne dépendent pas de l'état physique du pylore, et que le malade fût fort incommodé, on pourrait essayer de l'usage de quelques poudres absorbantes végétales, quelquefois préférables à la magnésie.

» Il est des cas où rien ne peut arrêter un dévoiement excessif ; d'autres fois on obtient, pour calmer cet accident, quelque succès de lavements émollients, rendus, suivant les indications, narcotiques, astringents, etc. La constipation, bien plus fréquente, est rarement accompagnée de douleur ; en général, moins rebelle, elle cède à de simples lavements émollients.

» Enfin, les derniers moments de la vie s'aggravent encore, chez quelques malades, par l'apparition de l'œdème des extrémités inférieures, ou par l'hydropisie du péritoine ; mais je n'ai pas besoin de dire que nous n'avons pas de remède pour attaquer ces nouveaux accidents ; leur cause nous est connue ; mais dépend-il de nous de l'atteindre ? » (*Loc. cit.*, p. 375.)

CHAPITRE IV.

MALADIES DES INTESTINS (PATHOLOGIE INTERNE).

ARTICLE PREMIER.

Inflammation des intestins (entérite, entéro-colite, etc.).

Comme pour la gastrite, nous diviserons l'entérite en aiguë et en chronique réunissant sous le même titre les inflammations des diverses parties de l'intestin grêle. Nous ne consacrerons pas un article spécial à la duodénite, affection obscure encore et dont les symptômes et l'existence isolée sont loin d'être bien déterminés. Quant à l'inflammation du gros intestin, il en sera peu question dans cet article ; car nous nous exposerions à des répétitions inutiles en traitant de la diarrhée et de la dyssenterie (voir ces mots).

§ I. Entérite aiguë.

L'entérite aiguë est générale ou partielle ; elle occupe tout ou partie du tube intestinal, et revêt divers caractères, selon qu'elle affecte la membrane muqueuse ou les tuniques musculeuse et séreuse de l'intestin. Nous renvoyons à l'article que nous consacrerons à la *fièvre typhoïde* dans le chapitre relatif aux fièvres, ce que nous aurions à dire de l'entérite folliculeuse, dont nous avons déjà parlé d'ailleurs avec de longs détails dans le *Traité des maladies des enfants* (Voir *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. V, p. 648 et suiv.) ; on trouvera également dans l'article consacré à la péritonite tous les détails relatifs à l'inflammation de la membrane séreuse

intestinale ; il nous reste donc à traiter ici de l'entérite villeuse ou muqueuse proprement dite.

Causes. — Les causes de l'entérite ont beaucoup d'analogie avec celles de la gastrite. De l'estomac, la phlogose peut se propager et descendre aux intestins ou les attaquer après avoir quitté son premier siége. Parmi ces causes, on doit citer l'application prolongée du froid aux pieds ou à l'abdomen, les spasmes violents du tube intestinal, quelle qu'en soit la cause, une acrimonie bilieuse, putride, la répression d'un exanthème, un état rhumatismal; les purgatifs violents, les drastiques, qui dépouillent les intestins de leurs mucosités, surtout les aloétiques et les remèdes employés pour provoquer l'avortement, les aliments lourds ou mal préparés, la suppression des hémorrhoïdes, des lochies, des menstrues, le volvulus, l'accumulation des matières endurcies qui obstruent la cavité des intestins, des vers, l'inflammation des organes voisins, du mésentère, du péritoine, une compression subite, une violence exercée sur l'abdomen, une hernie étranglée, la chute des intestins hors du bas-ventre par une plaie qui divise ses parois, sont autant de causes qui peuvent donner naissance à cette maladie.

Symptômes. — « L'entérite débute avec ou sans frisson. Une douleur assez fixe, souvent brûlante, présentant des intervalles de repos suivis de redoublements violents, se déclare; elle occupe ordinairement l'ombilic ou un espace quelconque circonscrit et déterminé, quelquefois tout le bas-ventre. Jusqu'ici elle peut en imposer pour de simples tranchées, pour une colique venteuse, surtout lorsqu'il survient une éruption presque continuelle de vents par la bouche, une constipation opiniatre et de fréquents borborygmes. Le malade a un pressentiment de l'exacerbation imminente, et ses yeux, l'ensemble de sa physionomie, offrent quelque chose d'insolite, une impression de terreur; il pousse des cris, il est saisi d'horreur et de crainte à la vue du paroxysme futur, comme s'il était présent. A mesure que la douleur s'accroît, les nausées, les vomituritions, le vomissement même se manifestent chez un grand nombre de malades. Le pouls est petit, fréquent, faible, et si l'on y fait bien attention, inégal ou dur. Souvent la langue est très rouge et aride, la soif intense. Le ventre présente une tension, une dureté dépendantes de la contraction spasmodique des muscles ; une sensibilité qui ne peut souffrir le moindre attouchement. Il n'est pas rare que l'anus se ferme spasmodiquement, qu'il existe un besoin incommode et fréquent de rendre les urines, une dysurie, un ténesme douloureux de la vessie. Le malade, dans un état d'anxiété et d'inquiétude, se plaint d'un sentiment intérieur de chaleur brûlante, d'ardeur dans les viscères abdominaux, d'une grande soif et d'une prostration considérable des forces. Le mal s'accroît d'heure en heure, la douleur devient plus fixe, plus intolérable ; le hoquet vient s'y joindre, le vomissement augmente et rejette une grande quantité de bile érugineuse, herbacée.

» Quoique le plus souvent la douleur et l'inflammation occupent tout l'abdomen, il est néanmoins des cas, surtout dans le principe de la maladie, où l'on peut reconnaître l'intestin affecté. Quand la douleur se fait sentir vers le milieu du ventre, aux environs de l'ombilic, ordinairement les intestins grêles sont enflammés. Dans ce cas, les substances introduites dans l'estomac sont plutôt rejetées par le vomissement que dans l'inflammation du gros intestin. Lorsque les symptômes se prononcent davantage auprès des reins, au-dessous du foie, de l'estomac, de la rate, avec une apparence de pleurésie, d'hépatite ou qu'il se présente une espèce de corde tendue de l'un à l'autre hypochondre, l'enflammation occupe le cœcum ou le colon. Si la douleur est profondément fixée dans les lombes avec des envies fréquentes d'aller à la selle, excrétion seulement d'un mucus tenace, ténesme, dysurie, gonflement des vaisseaux hémorrhoïdaux, le rectum en est le siége. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 213.)

Cette description rapide et précise sera complétée par quelques extraits que nous emprunterons à des auteurs français. Voici ce que dit M. Roche :

« Lorsque cette maladie acquiert ou possède dès le début un haut degré

d'intensité, elle s'accompagne d'un cortége de symptômes graves et nombreux, en raison des sympathies étendues qu'elle réveille. C'est surtout sur le cerveau qu'elle réagit ; et alors, à la chaleur brûlante et à la sensibilité vive de l'addomen, à la soif inextinguible qui dévore le malade, à la rareté, la rougeur et la concentration des urines, à la difficulté de leur excrétion, à la vivacité et à la fréquence extrême du pouls, à la sécheresse et à la rougeur ou à la teinte brune de la langue, viennent s'ajouter de l'anxiété, de l'oppression, des soubresauts dans les tendons, une agitation continuelle, une céphalalgie plus ou moins forte, du délire presque toujours agité et quelquefois furieux, des cris, des vociférations, de l'insomnie ; en même temps les yeux sont vifs et étincelants, quelquefois fixes et hagards, et tantôt l'éclat de la lumière et le bruit fatiguent le malade, tantôt, au contraire, il ne distingue plus nettement les objets, et ne perçoit que confusément les sons ; assez souvent les avant-bras sont fléchis sur les bras, et se laissent difficilement étendre; enfin, chez les jeunes enfants, il se manifeste souvent des mouvements convulsifs. » (Roche, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VII, p. 294.)

C'est à cette forme que l'on a donné le nom de fièvre maligne, nerveuse, cérébrale, ataxique, et pour la description de laquelle nous renvoyons au chapitre consacré aux fièvres dites essentielles. Mais l'entérite villeuse ne se montre pas ordinairement avec ce degré d'acuité et de violence : cela ne s'observe guère que lorsqu'elle est produite par une cause énergique, comme l'ingestion d'une substance très irritante. « Dans le grand nombre des cas, les malades éprouvent pendant quelques jours un peu plus de soif que de coutume ; leur appetit est diminué ; ils ont la langue sale, couverte d'un enduit jaunâtre, la bouche fade ; ils éprouvent quelques coliques sourdes et une chaleur incommode à la peau quelques heures après le repas, et alors la maladie s'aggrave et se montre bientôt sous l'une des deux formes précédemment décrites, parce qu'ils continuent à prendre des aliments, et souvent de s'exciter par du vin, des liqueurs ou du café, ou bien elle éclate tout à coup avec violence à l'occasion d'un écart de régime ou de toute autre cause. » (Roche, *loc. cit.*, p. 295.)

Marche, durée et terminaisons. — La marche de l'entérite aiguë n'est presque jamais rapide, à l'exception des cas où elle est produite par une substance vénéneuse ou quand elle s'accompagne de symptômes cérébraux. En général, et quelle que soit son intensité, elle ne menace la vie du malade que lorsqu'elle s'est prolongée douze ou quinze jours. Sa durée moyenne est de quinze à vingt jours, et elle ne dépasse guère quarante jours. La terminaison la plus ordinaire est la résolution ; si elle est négligée ou mal traitée, elle passe assez souvent à l'état chronique. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et fort graves qu'elle se termine par gangrène.

« La gangrène se reconnaît aux signes propres à cet accident: cessation absolue des douleurs, augmentation du météorisme, hoquet continuel et bruyant, pouls petit, très faible, intermittent, face hippocratique, délire, stupeur, refroidissement des extrémités qui se couvrent d'une sueur glutineuse, vomissement de matières bilieuses, insipides, stercorales ; déjections liquides, ichoreuses, blanchâtres, très fétides, grande anxiété, lipothymies fréquentes. Au milieu de ces symptômes, le malade reprend quelquefois sa sérénité ; sur le bord de la tombe, il se réjouit et se félicite de son retour à la santé. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 216.)

Ce n'est guère, du reste, que dans les cas où elle règne d'une manière épidémique que cette maladie se termine par la mort.

Mais il est un état signalé par quelques auteurs, et dans lesquels la marche de la maladie est insidieuse et méconnue par les meilleurs observateurs. J.-P. Frank signale cette forme particulière qu'il désigne sous le nom d'*entérite latente*.

« L'inflammation, dans plusieurs cas si manifeste, échappe, dit cet auteur, dans beaucoup d'autres à l'observation des hommes les plus expérimentés. Souvent le pouls ne présente aucun signe de fièvre ; le sentiment d'ardeur, de douleur dans les intestins est nul, ou du moins il n'est pas

très intense ; enfin il ne se déclare presque aucun symptôme d'entérite, tandis qu'une inflammation générale, le plus souvent symptomatique, ou la gangrène même, occupent déjà les intestins. Cependant, toutes les fois qu'après la mort les parties présentent une couleur livide, des suffusions sanguines, cette altération n'est pas une preuve de l'existence de l'inflammation pendant la vie... Mais on rencontre quelquefois sur le cadavre tous les indices d'une inflammation érysipélateuse, cause évidente de la mort, sans que le médecin ait même songé à l'existence de la phlegmasie. Au reste, la maladie est méconnue par le silence de la nature, non par la faute de l'observateur. Il importe d'indiquer la cause de l'erreur, afin que, dans une maladie si trompeuse, les moindres symptômes attirent l'attention, et que de l'absence de plusieurs signes on ne se hâte pas témérairement de conclure à l'absence de l'entérite. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 214.)

Diagnostic. — « On ne confondra point une affection rhumatismale des parois de l'abdomen, non plus que la péritonite ou la colique de plomb, avec les coliques d'une inflammation intestinale, lors même qu'il y aurait des obstacles au cours des matières, étranglement interne, et, par suite, distension des intestins. Dans le rhumatisme des parois abdominales, la douleur est superficielle, excessivement vive, et le moindre mouvement suffit pour la renouveler ; d'ailleurs aucun autre symptôme, si ce n'est le météorisme, n'existe du côté des intestins. Dans la colique de plomb, l'absence de fièvre montre bien que les intestins ne sont rien moins qu'enflammés. Dans la péritonite enfin, il y a des vomissements, un état particulier du pouls et une constipation qui la distinguent de l'entérite.

» Quant à ce qui tient au siége, on peut toujours l'assigner, du moins en partie, quand il est fort étendu, et l'on peut également, à l'aide des symptômes, distinguer les cas où l'inflammation s'est plus particulièrement fixée du côté du duodénum, des cas où elle occupe, au contraire, le bout opposé. Mais lorsque l'entérite est très limitée, très circonscrite et peu intense, il est très difficile d'arriver à un diagnostic précis. Ce n'est que par le temps écoulé depuis la digestion jusqu'au moment où les coliques se font sentir, et en tenant un compte exact de la rénitence, de la sonorité et de la sensibilité de tel ou tel point de l'abdomen, qu'on approchera de la vérité, et que l'on pourra soupçonner celui où réside l'inflammation.

» Les diverses espèces se reconnaîtront surtout aux causes, aux antécédents et à l'ensemble des phénomènes qui constituent la marche de la maladie. Ainsi l'entérite sera rhumatismale lorsque des coliques très intenses, survenues d'une manière brusque avec fièvre forte, succéderont à des douleurs rhumatismales existant déjà sur les extrémités, et chez un sujet franchement attaqué déjà de rhumatisme. Nous dirons la même chose de la goutte. Quant à l'entérite typhoïde ou folliculeuse (Voy. *Fièvre typhoïde*), on reconnaît sa véritable nature à l'ensemble des symptômes généraux qui se manifestent, dès le début, tels que la faiblesse, la fièvre, et plus tard la tendance au délire, les taches lenticulaires. » (Dalmas, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XVII, p. 43.)

Pronostic. — Le pronostic de l'entérite aiguë simple est, en général, peu grave ; la maladie se termine ordinairement par la guérison. Les complications avec les affections du cerveau, de la poitrine (phthisie) ou le caractère typhoïde, donnent à cette affection une toute autre gravité. (Voy. *Fièvre typhoïde.*)

Caractères anatomiques. — « A l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à l'entérite villeuse aiguë, on trouve la membrane muqueuse intestinale rouge, injectée, quelquefois épaissie, souvent facile à déchirer, et s'enlevant sous forme de larges plaques rouges, épaisses et saignantes ; les valvules conniventes sont plus développées, et enfin les villosités sont rouges, gonflées et saillantes. » (Roche, *loc. cit.*, p. 297.)

D'après M. Dalmas, l'état de la muqueuse est tel que l'indique M. Roche. « Les plaques coloriées, dit cet auteur, sont séparées par des portions d'intestin d'un gris sale, plus minces que les portions voisines, ce qui semble l'effet de la destruction des villosités et de la membrane muqueuse elle-même ; çà et là sont

des follicules tuméfiés, qui sont le centre d'une arborisation dont les ramifications, confondues et à peine distinctes vers les follicules, l'entourent d'une auréole brune et opaque; le sommet de ces follicules est quelquefois ulcéré; d'autres ulcères peuvent se rencontrer sur d'autres points de la membrane muqueuse; l'intestin colon en présente assez souvent. Quant aux escarres, elles sont, en général, fort rares. Considéré dans la totalité de son épaisseur, le canal intestinal est plus facile à rompre, et la putréfaction y marche plus rapidement. Les liquides qu'il contient sont analogues à ceux des garde-robes qui avaient lieu pendant la vie; disons cependant que quelquefois on rencontre des lambeaux de fausses membranes albumineuses, circonstance d'ailleurs rare dans l'inflammation des membranes muqueuses. » (Dalmas, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XVII, p. 36.)

Traitement. « Les règles que nous avons établies pour le traitement de la gastrite sont applicables au traitement de l'entérite. Il faut d'abord combattre les causes; s'il existe une hernie étranglée, on se hâte de réduire l'intestin ou de pratiquer l'opération; si un poison ou des drastiques ont produit l'irritation, et qu'on ne puisse empêcher leur effet par un remède spécifique, on doit en affaiblir l'impression au moyen des substances grasses, huileuses, qu'on administre par la bouche et par l'anus. Lorsque des saburres putrides et acrimonieuses occasionnent l'entérite sur la fin d'une maladie, on prescrit de doux évacuants, tels que le petit-lait, les tamarins, la casse, la manne, l'huile, surtout celle de ricin, et les clystères préparés avec une petite quantité d'infusion de camomille ou d'eau oxymellée. Lorsque l'inflammation tire son origine de la rétrocession d'un exanthème, d'un vice rhumatismal, etc., le vésicatoire, les sinapismes sur le siége primitif de l'affection, doivent s'associer aux autres remèdes. Quand la suppression des hémorrhoïdes, des menstrues, des lochies ou une pléthore abdominale ont amené la maladie, outre la saignée générale, il convient spécialement d'appliquer des sangsues à l'anus, au périnée, aux parties de la génération, etc.

» Dans l'entérite vraie et idiopathique, quoique le pouls soit serré, petit et faible, à raison de la douleur et du spasme général, comme dans la gastrite; quoiqu'il paraisse exister une grande prostration des forces, il faut, comme dans l'inflammation de l'estomac, répéter la saignée jusqu'à ce que le pouls se relève. On obtient ensuite les plus grands effets de l'application des sangsues, des ventouses scarifiées sur le bas-ventre; en même temps on pratique sur l'abdomen des onctions avec une assez grande quantité d'onguent d'althæa ou d'huile camphrée, on le recouvre de fomentations avec le lait et le savon. Si l'anxiété et l'agitation le permettent, on met le malade dans un demi-bain tiède, ayant soin de le garantir ensuite de l'impression du froid : c'est encore le cas d'administrer à petites doses des clystères préparés avec l'huile ou l'émulsion gommeuse, à moins qu'une inflammation intense du rectum n'en empêche l'usage. Les clystères irritants, avec le tartre stibié, la fumée de tabac, les purgatifs stimulants, le mercure conseillés, dans cette maladie, sont des moyens dangereux; la constipation rebelle n'est presque jamais la cause, mais l'effet de l'inflammation.

» De même que dans les autres inflammations, nous avons quelquefois recours dans l'entérite, surtout rhumatismale, à l'application du vésicatoire sur l'endroit douloureux. Nous choisissons les remèdes internes parmi les émollients, les mucilagineux administrés tièdes; mais nous ne pouvons ici faire sans précaution un aussi grand usage des sels neutres, que dans toute autre circonstance. L'opium n'est nullement indiqué tant que les symptômes inflammatoires sont dans leur vigueur. Après que leur violence est calmée, ce remède convient quelquefois, administré sous les mêmes conditions que dans la gastrite, et en se servant pour véhicule de l'émulsion gommeuse. Portez le même jugement sur le camphre, si les forces abattues par la saignée semblent en demander l'emploi. Ces deux médicaments, lorsqu'ils sont indiqués, doivent être donnés par la bouche, si l'inflammation paraît occuper le gros intestin; par l'anus, dans les phlegmasies de l'intestin grêle. Quand la maladie se termine par une diarrhée légère, un peu sanguinolente, on soutient

cette évacuation par le petit-lait tamariné ou la solution de manne dans l'émulsion gommeuse.

» Les convalescents doivent observer un régime particulier ; les substances âcres, venteuses, surtout les aliments de dure digestion, peuvent, avec la plus grande facilité, rallumer une inflammation qui ne fait que de s'éteindre. Il en est de même de l'usage inconsidéré des remèdes spiritueux, aromatiques, astringents. Cependant il convient quelquefois de prescrire les eaux martiales, l'infusion froide de quinquina, et tout ce qui, sans trop irriter, peut rétablir le ton du tube intestinal.» (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. II, p. 216.)

§ II. Entérite chronique.

« A l'état chronique, l'entérite villeuse se reconnaît aux symptômes suivants : Le ventre est le siége d'une douleur sourde, principalement autour de l'ombilic ; la pression, les secousses du cheval et celles de la voiture réveillent ordinairement cette douleur, mais sans lui donner jamais beaucoup d'intensité ; elle devient ordinairement plus vive trois à quatre heures après l'ingestion des aliments ; chez quelques malades même, c'est le seul moment auquel elle se fasse sentir ; tous les écarts de régime et la plupart des stimulants l'exaspèrent. Les malades sont en général tourmentés par une petite soif continuelle ; ils ont souvent les lèvres d'un rouge foncé, habituellement sèches et parfois fendillées ; leur peau est aride, et l'épiderme s'en détache en écailles pulvérulentes sur toutes les parties du corps ; ils sont fatigués par des vents et des borborygmes continuels ; les garde-robes sont rares, difficiles, et les matières excrétées sont noires, desséchées et roulées en petites boules. De temps en temps, cependant, il se déclare un peu de diarrhée ; le ventre se tend et se ballonne ordinairement pendant les digestions, il se rétracte dans l'intervalle ; un amaigrissement lent, mais graduel et continu, s'opère ; les forces se perdent chaque jour. En général, les malades sont assez calmes dans l'intervalle des digestions : c'est après le repas, et surtout après celui du soir, que la soif et la douleur se manifestent, et il s'y joint presque toujours un peu de chaleur de la peau et de fréquence du pouls. Ces redoublements du soir donnent aux symptômes de la maladie une apparence d'intermittence quotidienne qui n'en impose pas au praticien exercé. » (Roche, *loc. cit.*, p. 296.)

Marche, durée et terminaisons. — Il est difficile de déterminer la durée moyenne de l'entérite villeuse chronique ; elle se prolonge quelquefois plusieurs années, sans amener une terminaison fatale. Le pronostic est en général favorable, tant qu'il n'y a pas une décoloration profonde de la peau, et que les digestions des aliments liquides et légers s'opèrent bien ; ce n'est que lorsque l'amaigrissement est extrême, que la peau a pris la couleur de la cire, que les digestions sont très difficiles ou impossibles, et que les excréments sont cendrés et blanchâtres, que l'on doit cesser de conserver de l'espoir. Le pronostic est plus grave encore si à ces symptômes se joignent un engorgement considérable des ganglions mésentériques ou un épanchement de sérosité dans la cavité du péritoine, mais surtout s'il survient une diarrhée liquide et abondante.

Caractères anatomiques. — A la suite de l'état chronique, la rougeur de la membrane muqueuse est plus foncée qu'après l'état aigu ; cette couleur tire sur le brun ; les villosités sont violacées, brunâtres, et même tout à fait noires ; les vaisseaux capillaires injectés ne se distinguent plus bien comme dans l'état aigu, et l'on n'aperçoit plus qu'une espèce de teinte de la membrane disposée par plaques plus ou moins étendues. Si la maladie s'est prolongée, la membrane muqueuse est érodée et parsemée çà et là d'ulcérations à bords rosés et à fond bleuâtre, entourée d'une auréole rouge, qui ont quelque analogie avec les ulcérations que l'on trouve après l'entérite folliculeuse, avec lesquelles il ne faudrait cependant pas les confondre. (*Voy.* Fièvre typhoïde.)

Traitement. — « L'entérite villeuse chronique réclame les mêmes moyens thérapeutiques que l'aiguë ; mais quand elle dure déjà depuis quelque temps, il n'est plus possible d'insister autant sur les évacuations sanguines, ni de tenir les malades à une diète aussi rigoureuse. On se contente donc d'appliquer quelques sangsues

de loin en loin, chaque fois que l'inflammation semble vouloir s'accroître, ce qu'annoncent l'augmentation de la chaleur cutanée et l'accélération du pouls. On permet quelques aliments aux malades, mais en satisfaisant à cette condition de les choisir parmi les substances qui ne laissent que peu ou point de résidu excrémentitiel après leur digestion, telles que le lait, le sucre, les fécules, la gélatine, les bouillons de poulet ou de tortue, etc. Les bains sont ici beaucoup plus utiles que dans l'état aigu; on augmente toujours leur efficacité en les donnant avec des décoctions émollientes et en y faisant séjourner longtemps les malades. Enfin, on seconde puissamment les bons effets de ces moyens par les frictions sèches sur la peau, les vêtements de flanelle, l'exercice modéré, et principalement celui de la voiture, et enfin par l'habitation de la campagne. J'ai vu un très grand nombre d'entérites villeuses chroniques, regardées comme incurables, céder merveilleusement à cette médication employée sans tergiversation, et avec persévérance.

» Il est rare qu'on obtienne de grands résultats de l'application des vésicatoires, des sétons ou des moxas, sur les parois de l'abdomen, dans la maladie qui nous occupe; cependant, comme dernière ressource, lorsque la phlegmasie s'est montrée rebelle aux moyens précédents, on peut y avoir recours; mais on ne doit jamais fonder sur eux de grandes espérances. » (Roche, *loc. cit.*, p. 298.)

ARTICLE II.

Embarras intestinal.

Les *causes* de l'embarras intestinal sont les mêmes que celles de l'embarras gastrique (*voy.* ce mot), mais surtout une vie sédentaire et des travaux de cabinet.

Symptômes. — L'abdomen est tendu, gonflé et ballonné; les parois en sont plus chaudes que la peau du reste du corps; quelquefois une douleur sourde et profonde se fait ressentir à la *pression*, dans la fosse iliaque droite; mais le plus souvent le ventre est indolent à la *pression*. Le malade éprouve des coliques plus ou moins fortes, que l'ingestion des boissons froides réveille ordinairement. Elles sont toujours exaspérées par les substances alimentaires, et surtout par celles qui sont tirées du règne animal, telles que le bouillon, par exemple: rarement la diarrhée les accompagne; elles déterminent un brisement extrême des forces musculaires; en même temps une sensation de chaleur intense existe dans les intestins; la constipation est opiniâtre, et seulement interrompue par une diarrhée bilieuse de courte durée; presque toujours les malades rendent beaucoup de vents; quelques borborygmes précèdent toujours la diarrhée bilieuse passagère dont nous venons de parler; les urines sont en général peu abondantes, rouges et sédimenteuses. A ces symptômes locaux se joignent la sécheresse et l'aridité de la peau; la langue est blanche ou jaune au centre, et rouge aux bords et à la pointe; la soif est vive, l'appétit nul, la bouche amère; la figure est jaunâtre autour des lèvres et vers les ailes du nez, ou bien elle est terne et terreuse, excepté dans les moments de paroxysme, pendant lesquels les pommettes se colorent; le pouls est petit et accéléré lorsqu'il y a diarrhée, dur et un peu plein dans le cas de constipation.

Nous ne dirons rien du *diagnostic*, du *pronostic* de cette affection légère quand elle est simple, et qui se termine presque constamment par la guérison en quelques jours.

Le *traitement* est le même que celui que nous avons indiqué avec détail à l'occasion de l'entérite simple et modérée, aiguë et chronique. Nous nous contenterons de renvoyer nos lecteurs à l'article ENTÉRITE.

ARTICLE III.

Entéralgie (colique nerveuse).

Comme l'estomac, et indépendamment de cet organe, les intestins peuvent être le siége de névralgies plus ou moins violentes et douloureuses qui revêtent un caractère aigu et plus souvent chronique.

Causes. — Les causes de l'entéralgie sont à peu près les mêmes que celles que nous avons énumérées longuement à l'occasion de la gastralgie (*voy.* p. 473); l'emploi des purgatifs et surtout des drastiques y a une part plus grande; il en est de même du refroidissement des pieds par suite de la température froide, le corps

étant en sueur, ou par leur immersion dans l'eau ou les terres humides.

Symptômes. — L'entéralgie se manifeste par un sentiment de tortillement, surtout autour de l'ombilic et sur le trajet du côlon, et à une vive douleur que la pression, loin d'augmenter, soulage ordinairement. Cette douleur se dissipe promptement, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, ou revient par accès plus ou moins irréguliers, et de préférence après les repas, comme nous l'avons dit pour la gastralgie. Seulement la douleur se développe ordinairement plus tard. Pas de fièvre ni de phénomènes inflammatoires, au moins au début; mais si l'on n'emploie pas un traitement énergique et approprié, le développement de l'inflammation est à craindre.

« L'entéralgie peut, comme la gastralgie, exister sous la forme chronique, et se prolonger des années entières. En pareilles circonstances, qui sont habituellement accompagnées d'hypochondrie, au lieu d'une véritable douleur, le malade éprouve souvent, dans les intestins, un malaise indéfinissable, ou des sensations particulières, analogues à celles que nous avons signalées dans l'estomac. Quelquefois la douleur et les sensations bizarres existent ensemble ou se succèdent d'une manière alternative. Dans tous les cas, ces différents symptômes reviennent où s'exaspèrent pendant la digestion intestinale, ou dans un autre moment; car ils ne suivent jamais une marche continue et uniforme; toujours ils ont des rémittences plus ou moins longues, ou des intermissions complètes. » (Barras, *Traité sur les gastralgies*, t. I, p. 447.)

Nous devons faire remarquer ici, une fois pour toutes, que M. Barras confond fréquemment les symptômes de la gastralgie et de l'entéralgie avec l'hypochondrie, et qu'il admet même une gastralgie hypochondriaque. C'est une simple observation et non un blâme que nous émettons; nous convenons en effet que peu d'affections donnent, plus souvent que les névralgies ou les névroses gastro-intestinales, lieu au développement de l'hypochondrie.

On a signalé encore, comme un symptôme de l'entéralgie et des névroses de l'estomac, l'éréthisme des parties génitales; mais si cet état a été remarqué quelquefois, le contraire, c'est-à-dire l'inertie absolue de ces organes, se voit bien plus souvent. M. Barras regarde même le priapisme dans la gastro-entéralgie comme un signe qui peut faire distinguer les affections nerveuses gastro-intestinales des affections inflammatoires de ces organes.

Comme la gastralgie, l'entéralgie est le plus souvent accompagnée de constipation; quelquefois cependant, et sans que l'on puisse regarder cette maladie comme compliquée d'entérite, il existe dans l'entéralgie une diarrhée muqueuse, glaireuse, et même sanguinolente, qui cède aux fortifiants et est aggravée par la méthode débilitante.

Traitement. — L'étendue que nous avons donnée au traitement de la gastralgie nous dispense d'entrer dans de nouveaux détails à ce sujet. Les mêmes moyens, ou du moins des moyens analogues, doivent être employés, et les règles que nous avons posées trouvent ici leur place; nous nous contenterons donc de renvoyer nos lecteurs à l'article Gastralgie. (*Voy.* t. XI de la *Bibl. du méd. praticien*, p. 476.)

ARTICLE IV.

Diarrhée.

La diarrhée est une augmentation, une altération dans la sécrétion des humeurs intestinales ou versées dans les intestins par les organes contigus, leur évacuation fréquente et copieuse par l'anus à l'état liquide, seules ou mêlées avec les excréments.

On a admis une diarrhée *primitive*, *idiopathique* ou *secondaire symptomatique; aiguë* ou *chronique*, *périodique*, *critique*, *colliquative;* la diarrhée peut être *stercorale*, *vermineuse*, *bilieuse*, *séreuse*, *sanguinolente*, *muqueuse*, *chyleuse*, etc., (flux cœliaque, flux hépatique): quand les aliments sont rendus à demi digérés, on lui donne le nom de *lienterie*.

Symptômes. — Voici, selon J.-P. Frank, les symptômes généraux de la diarrhée : « Son invasion est précédée de langueur; oppression à l'épigastre, perte de l'appétit, gonflement et tension du ventre, constipation, borborygmes, pouls intermittent. Il survient bientôt, à diverses reprises, des douleurs vagues, déchirantes, pertérébrantes dans l'abdomen; elles

s'accompagnent de nausées, de légers efforts de vomissement; elles s'apaisent par les déjections, qui sont d'abord stercorales, et elles reviennent aux approches d'une nouvelle évacuation. Souvent la diarrhée est presque sans douleur, elle est seulement précédée de borborygmes. Pendant la durée de ce flux, ordinairement le volume et la tension du ventre diminuent; mais quelquefois ils croissent en raison de son abondance et le météorisme se déclare. Les urines sont rendues en petite quantité, la peau est sèche. On observe rarement le ténesme; cependant, à la suite d'évacuations réitérées, le malade se plaint d'une ardeur incommode dans le rectum. Quand la diarrhée dure plusieurs jours ou lorsqu'elle est très abondante, quoique courte, le visage devient pâle et altéré, les traits sont affaissés; les saillies musculaires, l'embonpoint, l'anasarque (si elle existait) disparaissent; la peau est dans un état de flaccidité; les ulcères, les fonticules se dessèchent; les jambes fléchissent, les pieds enflent, une petite fièvre se déclare, les cheveux tombent, il se manifeste des lipothymies; enfin, la maladie se termine par l'hydropisie, le marasme ou l'inflammation des intestins, annoncée par une nouvelle douleur violente, ardente, fixe, avec hoquet, vomissement, et bientôt gangrène mortelle. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 599.)

Diagnostic. — Les symptômes de la diarrhée varient d'ailleurs selon la cause de la maladie. Ainsi dans la diarrhée dite *stercorale* ou *par indigestion*, et qui est fréquente après les excès de table, on observe de l'oppression, un gonflement, une tension de l'épigastre et de l'abdomen; il y a de l'anorexie, des éructations nidoreuses, des nausées, des vomituritions et même des vomissements d'aliments non digérés; borborygmes, douleurs vagues, lancinantes vers l'ombilic; vents qui exhalent l'odeur du soufre; enfin ardeur à l'anus, déjections abondantes, pultacées, liquides, corrompues, très fétides, et suivies de soulagement. En général cette diarrhée, qui dure un ou deux jours, peut se prolonger chez les personnes faibles, les gens de lettres et les vieillards.

Nous n'insisterons pas sur la diarrhée *vermineuse*, qui se rencontre le plus ordinairement chez les enfants. (*Voy.* le t. V de la *Bibliothèque du méd. praticien*, p. 648 et suivantes.)

La diarrhée dite *bilieuse* est caractérisée par l'amertume de la bouche, l'anorexie, les nausées, les déjections verdâtres; celle qui dépend de l'emploi des drastiques ou de l'ingestion d'un poison s'accompagne de douleurs atroces, térébrantes dans l'estomac et les intestins, d'une soif inextinguible; les déjections sont sanieuses, sanguinolentes, très fréquentes et avec ténesme. Dans la diarrhée *séreuse*, les déjections, en petite quantité, sont délayées, aqueuses, ténues, presque incolores et s'échappent avec impétuosité, malgré la constriction du sphincter, en occasionnant un sentiment d'âcreté, de chaleur à l'anus. Les déjections sont ordinairement précédées de coliques assez fortes, et d'une sensation qui en impose pour des vents; les évacuations sont promptes et abondantes; la sécheresse de la peau augmente, les urines diminuent, la soif devient plus vive, les traits s'affaissent. J.-P. Frank compare cette maladie au coryza; selon lui elle reconnaît la même cause: c'est *un vrai catarrhe des intestins.* Il en est de même de la diarrhée *muqueuse, pituiteuse*, due à l'affection des cryptes muqueux. Le malade éprouve également un sentiment incommode de plénitude dans l'abdomen, le ventre devient douloureux, tuméfié, tendu; il a des vents, les selles sont rares; elles consistent d'abord dans une humeur ténue, âcre ou chaude, ensuite en une pituite transparente, presque vitrée, tremblante comme la gélatine, d'autres fois extrêmement froide, trouble, blanchâtre, grisâtre, puriforme, jaunâtre, verdâtre, striée de sang, sans odeur ou très fétide. Cette diarrhée est aiguë ou chronique; elle occasionne un amaigrissement et un affaiblissement considérables.

« La diarrhée que les modernes appellent *laiteuse*, *chyleuse*, et que les anciens avaient nommée *passion* ou *flux cœliaque*, a beaucoup de rapport avec la diarrhée muqueuse chronique... Nous distinguons le flux cœliaque des autres espèces de diarrhées chroniques aux caractères suivants : Quoique dans cette maladie il s'échappe souvent avec les selles quelques restes d'aliments mal digérés, ce n'est

pas ce résidu qui constitue le flux, comme dans les autres diarrhées, mais une matière puriforme, bourbeuse, produit d'une sécrétion morbide des intestins... Quelques auteurs prétendent que la *lienterie* ne diffère du flux cœliaque qu'en ce que celui-ci dépend d'une *diminution* de l'action des intestins et celle-là de son *abolition*. Mais ce que nous venons de dire prouve que le flux cœliaque est le produit d'une sécrétion morbide, tandis que la lienterie est l'effet d'une augmentation vicieuse dans le mouvement péristaltique de l'estomac et des intestins; dans la lienterie, les aliments et les boissons sortent par les selles, presque tels qu'on les a pris; ils ne présentent aucun changement, du moins notable dans la couleur, l'odeur, la consistance; ils ne sont pas mêlés de bile ni de sang: cette diarrhée produit le marasme en enlevant les matériaux de la nutrition...» (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 602.)

Causes. — L'exposition à un air froid et humide, des boissons froides, prises le corps étant en sueur, le froid aux pieds surtout, les aliments de difficile digestion, tels que les champignons, les fruits peu mûrs, ou pris en abondance, les excès d'aliments ou de boissons, etc. : telles sont les causes principales de la diarrhée, causes que nous avons indiquées avec plus de détails dans les articles *Entérite* et *Dyssenterie* (voir ces articles).

Caractères anatomiques. — Nous insisterons peu sur ce point; on trouvera ces caractères indiqués avec soin dans les articles *Entérite*, *Dyssenterie*, etc. Selon J.-P. Frank, à la suite de la diarrhée muqueuse, on trouve, après la mort, les intestins remplis de pituite, et les follicules tellement engorgés, que les gros intestins admettent à peine le doigt. Il est même des cas où le canal est complétement obstrué, ce qui a amené une terminaison funeste. A la suite des diarrhées chroniques, on a trouvé quelquefois sur le cadavre les glandes mésentériques engorgées.

Pronostic. — Le pronostic de la diarrhée est peu grave en général; les complications seules en augmentent la gravité. Cependant la diarrhée devenue chronique épuise les malades et les conduit quelquefois à la mort, malgré un traitement et un régime appropriés, et quoique les organes n'aient présenté ni pendant la vie ni après la mort des traces bien évidentes d'inflammation ou de dégénérescence.

Traitement. — Nous emprunterons encore à l'ouvrage remarquable et pratique de J.-P. Frank une grande partie de ce que nous avons à dire sur le traitement de la diarrhée.

« Si l'on fait attention, dit le célèbre professeur allemand, aux causes de la diarrhée, on verra qu'il ne faut pas toujours s'empresser de l'arrêter.

» Toutes les fois, en effet, qu'elle dépend d'une matière irritante dont elle opère l'élimination, comme les saburres, les vers, les poisons, les drastiques; une humeur viciée ou retenue qui, pour l'avantage de l'économie, s'est jetée sur les intestins, l'indication n'est pas de l'arrêter, mais de la favoriser, de l'exciter s'il en est besoin. Ainsi dans la diarrhée produite par un excès d'aliments, par des saburres, des vers corrompus, une bile trop abondante ou altérée, contentez-vous de prescrire une légère infusion de camomille, de thé, ou bien, pour aider les évacuations, une infusion de rhubarbe. Si des nausées, des vomituritions, des éructations nidoreuses fatiguent généralement le malade, et annoncent par conséquent la turgescence supérieure, provoquez le vomissement avec l'ipécacuanha; c'est le meilleur moyen d'arrêter la diarrhée.

» Dans le flux de ventre occasionné par la surabondance ou l'âcreté de la bile, faites usage du petit-lait, de la décoction de tamarins, des fruits d'été mûrs, de la crème de tartre à petites doses. Si l'irritation a son siége dans les gros intestins, administrez des clystères avec l'eau simple ou oxymellée avec le petit-lait.

» La diarrhée est-elle l'effet des drastiques, on prescrit en abondance les huileux, l'émulsion gommeuse, le lait tiède, en boissons et en lavements. Est-elle le résultat d'un empoisonnement, on provoque l'expulsion de la substance vénéneuse, on la neutralise par les antidotes lorsque sa nature est connue.

» Si le flux de ventre provient d'une transpiration ou d'une sueur des pieds supprimée, on cherche à la rappeler par

la chaleur du lit et les pédiluves, l'infusion de sureau, la poudre de Dower. Quand les évacuations sont immodérées, on les arrête au moyen de l'émulsion gommeuse, à laquelle on ajoute un grain d'opium ou de la thériaque dans l'infusion de sureau.

» La diarrhée muqueuse, quand elle consiste dans un catarrhe des intestins, doit être traitée comme la diarrhée séreuse de même nature. Mais souvent elle est symptomatique de quelque fièvre épidémique, surtout de la fièvre lente nerveuse ou pituiteuse, qui n'est pas exempte toujours du caractère contagieux; son traitement est alors celui de la maladie essentielle.

» La diarrhée sthénique détruit elle-même sa cause; il ne faut donc pas l'arrêter avec l'opium ou les astringents. Lorsque les évacuations sont difficiles, accompagnées de coliques aiguës ou de fièvre, on prescrit une diète ténue, des boissons froides; on applique des sangsues à l'anus ou au périnée; dans le cas de suppression des hémorrhoïdes des menstrues, des lochies, par des causes excitantes et de congestion sanguine sur les organes digestifs; enfin, quand les symptômes inflammatoires sont prononcés, on ouvre la veine, comme dans l'entérite.

» Le traitement de la diarrhée chronique est plein d'incertitude et de difficultés par rapport à l'obscurité ou à l'opiniâtreté de ses causes. La diarrhée chronique dépend le plus souvent de l'atonie et de la sensibilité vicieuse de l'estomac ou des intestins, et quelquefois, en même temps, de la faiblesse générale. Elle exige la méthode excitante; mais il faut user de précaution, dans la crainte de produire d'abord une excitation trop forte. On prescrit donc, chez les adultes, un ou deux grains d'ipécacuanha toutes les deux heures dans un oléo-saccharum préparé avec l'huile de macis. L'ipécacuanha n'excite pas seulement les intestins, il dérange un peu le mouvement péristaltique. Quelquefois on l'administre à dose vomitive, lorsque les forces le permettent; c'est ainsi que les voyages de mer guérissent les diarrhées rebelles. Si pendant la diarrhée il se forme un nouvel embarras intestinal, on prescrit d'abord, avant de chercher à arrêter le flux, une petite quantité de rhubarbe pulvérisée, seule ou combinée avec les amers; cette substance possède d'autres propriétés, outre son action purgative. On passe graduellement des remèdes les plus doux aux plus énergiques. Nous avons souvent employé avec succès la racine de Colombo pulvérisée, à la dose d'un scrupule, trois ou quatre fois dans le jour. C'est à juste titre qu'on a vanté, dans la diarrhée symptomatique du typhus, la racine d'arnica, administrée en poudre à la dose d'un demi-gros à un gros toutes les deux ou trois heures. Les semences de plantain, en usage chez les anciens, méritent également notre attention. On peut encore recourir aux décoctions de simarouba, de cascarille, de brou de noix, de glands de chêne, de bois de Campêche. On retire quelquefois de bons effets de l'alun de roche, à la dose de un à deux grains, avec le cachou ou la gomme kino, réitérée plusieurs fois dans le jour. Nous n'avons jamais essayé la racine de tormentille ni la fève péchurim. Le quinquina nous a rarement réussi; il conviendrait si la diarrhée était intermittente. L'opium, combiné avec les remèdes précédents ou donné dans l'émulsion gommeuse, augmente leur efficacité. Quelquefois la thériaque seule produit l'effet désiré. Les diarrhées opiniâtres cèdent parfois à un ou deux grains de poudre de Dower, qu'on fait prendre de deux en deux heures. Nous avons arrêté une diarrhée rebelle à tous les remèdes, dans le typhus, par un clystère préparé avec le vin. On peut aussi administrer d'autres lavements dans lesquels on fait entrer l'amidon et l'opium.

» Si le flux de ventre dépend d'une métastase rhumatismale, goutteuse, herpétique, etc., l'application d'un vésicatoire sur le siége primitif de la maladie essentielle, les demi-bains tièdes sont indiqués. Ce n'est pas sans fondement que les anciens, dans les diarrhées produites par une matière âcre, ont conseillé l'usage du lait frais, dont les modernes ont augmenté l'efficacité par l'addition de l'eau de chaux. Les médecins anciens et modernes de l'Égypte établissent des cautères sur l'abdomen, dans les diarrhées rebelles dépendantes d'une semblable cause. Ils se servent du feu ou des caustiques, et entretiennent longtemps la suppuration.

» Dans la convalescence, on prescrit la teinture de quinquina chalybée, le lait d'ânesse coupé avec les eaux martiales, l'équitation. Nous devons rappeler ici que les astringents, administrés à trop grande dose, augmentent le flux de ventre au lieu de l'arrêter; mais tous les remèdes sont inutiles si l'on ne préserve les pieds et l'abdomen de l'impression du froid. Malgré ces précautions, les meilleurs sont souvent infructueux, parce que les malades, ennuyés de la longueur et des fréquentes récidives de la diarrhée, supportent impatiemment le régime, se refusent aux avis du médecin, et commettent chaque jour de nouvelles fautes dans les aliments, les boissons, etc. On doit mettre le plus grand soin dans le choix de la nourriture, et suivre rigoureusement les lois de la tempérance, même longtemps après la guérison. Que le malade s'abstienne absolument des fruits d'été, des légumes, des boissons fermentescibles, des substances grasses et pesantes; qu'il se nourrisse de pain bien cuit, de viandes tendres, surtout rôties, d'œufs frais; mais qu'il ait soin de manger peu à la fois et souvent. Les boissons abondantes accélèrent le passage des aliments dans les intestins et excitent le flux de ventre. Le malade doit donc boire peu, user habituellement d'eau dans laquelle on aura fait infuser une croûte de pain rôtie et un morceau de cannelle, ou, si la fortune le lui permet, d'un vin généreux, non acide, par exemple, le vin de Chypre, de Malaga, de Madère sec, etc. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 607.)

Le traitement du flux cœliaque et de la lienterie est le même que celui de la diarrhée adynamique. On peut leur appliquer ce qu'a dit un célèbre médecin sur les diarrhées chroniques habituelles : « Dans tous les flux de ventre, mais surtout dans la lienterie, l'indication est d'accoutumer les intestins à retenir les matières alimentaires. »

Le raisonnement seul rejette l'emploi des purgatifs énergiques dans tout flux de ventre ancien et accompagné d'un épuisement considérable. On a cependant vu des cas dans lesquels un drastique a déterminé d'heureux effets; mais ces cas ne peuvent être considérés que comme des exceptions.

ARTICLE V.

Dyssenterie.

La dyssenterie est une maladie qui porte son action sur le tube intestinal, sur les gros intestins spécialement, et détermine des coliques, des envies fréquentes, mais presque inutiles, d'aller à la selle, un flux puriforme, souvent sanguinolent, avec ténesme et inflammation plus ou moins vive du rectum. Elle règne ordinairement d'une manière épidémique vers la fin de l'été et dans l'automne; rarement on l'observe plus tôt. Elle est cependant quelquefois sporadique, et, dans ce cas, moins grave. La dyssenterie est quelquefois aussi chronique et peut se prolonger pendant plusieurs mois. Elle offre aussi parfois, mais rarement, le type intermittent.

§ I. Dyssenterie aiguë.

Symptômes. — Le début de la dyssenterie est marqué par une horripilation, et quelquefois par un frisson intense qui dure plusieurs heures; il s'y joint un sentiment incommode de pesanteur à l'épigastre, de l'amertume à la bouche, des nausées, des vomituritions, de la lassitude, des tranchées vers la région ombilicale, suivies de déjections fréquemment copieuses et bilieuses durant les premiers jours, de la chaleur, de la soif et de la fréquence du pouls. Au bout de peu de jours, les évacuations se suppriment, le malade ne rend que de la matière liquide en petite quantité et avec des efforts considérables, des tranchées violentes, dont les accès se rapprochent et sont presque toujours accompagnés d'une expression d'anxiété de la face, avec ardeur et douleur dans le rectum; le ténesme, qui n'avait pas lieu d'abord, se déclare alors et devient fatigant pour les malades qui, malgré leurs efforts, ne rendent plus bientôt qu'une petite quantité de matière mucoso-puriforme blanchâtre ou sanguinolente, ou verdâtre, et exhalant une odeur spécifique.

Si l'on ne parvient pas à arrêter les premiers symptômes, tous les accidents que nous venons de signaler s'exaspèrent; la physionomie offre une altération profonde, l'attitude exprime un abattement considérable; la soif est intense, et, dès que le malade a pris quelques boissons

dans l'intention de la calmer, il éprouve un besoin irrésistible d'aller à la selle. La peau est sèche, rugueuse, et se couvre d'une espèce de vernis que Desgenettes a comparé à la patène qui recouvre les vases antiques (*Hist. méd. de l'armée d'Orient*). Arrivée à ce degré, la maladie peut encore se terminer d'une manière favorable; mais fréquemment aussi elle se termine par la mort au bout de quelques jours dans les cas graves, de quelques semaines dans les cas plus simples. Les symptômes graves sont : « Une altération plus grande de la face, qui devient cadavéreuse, le hoquet, le gonflement du ventre, la cessation des douleurs, le refroidissement des extrémités, la petitesse du pouls, qui devient irrégulier, puis insensible. Si la mort tarde, les selles acquièrent une fétidité insupportable ; la faiblesse et la maigreur augmentent de jour en jour, les membres s'infiltrent, la chaleur est au-dessus du degré ordinaire ; les malades se tiennent continuellement sur un des côtés, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses, les bras rapprochés du tronc, et quelquefois la tête enfoncée sous le drap du lit. Quelques uns désirent vivement prendre des aliments qui traversent, sans subir d'altération, le conduit digestif, et sont reconnaissables dans les selles. Presque toujours le ténesme cesse un certain temps avant la mort. » (Chomel et Blache, *Dictionnaire* en 30 vol., p. 559.)

« Le nombre des déjections alvines réelles, dit M. Bouillaud, ou des envies d'en rendre non satisfaites, est très variable et proportionné, en général, à l'intensité de l'inflammation. Il est des individus qui sont obligés de rester presque continuellement sur le bassin. La nature et la quantité de ces déjections sont aussi très variables. Cependant les selles dyssentériques *par excellence* sont un peu gélatiniformes, tremblotantes, demi-transparentes, mêlées ou striées de sang ; elles ne contiennent pas toujours du sang, et on les a comparées alors à des raclures de boyaux, à de la lavure ou à des morceaux de chair, aux matières filantes, blanches, qui sortent de la vessie des calculeux (Stoll); elles contiennent quelquefois des vers.

» Les douleurs varient en durée et en force. Elles sont quelquefois continuelles, d'autres fois intermittentes. Quelques malades les soulagent en pressant le ventre : chez d'autres, au contraire, le toucher les augmente. Elles sont souvent accompagnées d'un sentiment de contraction ou de tortillement, ce qui fait dire à certains sujets qu'ils souffrent comme si on leur *tordait les entrailles*. Elles font quelquefois jeter les hauts cris aux malades, qui se roulent dans leur lit avec des craquements et des grincements de dents.....

» La chaleur de la peau n'est jamais très élevée, *à moins de complication*; elle est tantôt sèche et tantôt humide. Lorsque les selles sont très copieuses, les tranchées déchirantes, l'anxiété extrême, en même temps que le pouls se déprime, les extrémités se refroidissent (Stoll dit les avoir trouvées d'un *froid glacial et plus que cadavéreux*). La soif est modérée et la langue humide, lorsque la maladie n'est pas trop intense ; mais au delà de ce degré, la soif est insatiable, et comme les malades ressentent intérieurement une chaleur, une ardeur qui les dévorent, ils appètent surtout les boissons froides : la langue est sèche, rude, souvent froide, comme les extrémités, et pâle, d'autres fois rouge, chaude.

» Les phénomènes nerveux sont ceux qu'entraînent généralement toutes les violentes douleurs, telles que de l'agitation, de l'anxiété, la chute des forces, des défaillances avec sueurs froides, de l'insomnie, etc. Le délire est un accident très rare, exceptionnel, même quand la maladie est assez intense pour se terminer d'une manière funeste. « Les malades mouraient ayant toute leur tête, dit très bien Stoll, au milieu de déjections continuelles, le pouls étant très petit et se perdant sous le doigt. »

» Lorsque la maladie est portée à un très haut degré, elle entraîne, dans l'espace de quelques jours, un grand amaigrissement ; et si les malades succombent à une époque assez éloignée du début, au bout de quinze à vingt jours, par exemple, ou plus tard, le cadavre offre un marasme semblable à celui du cadavre des phthisiques, et l'on peut même dire quelquefois, avec Stoll, que le corps *ressemble plutôt à*

un squelette qu'à un cadavre.» (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 178 et suiv.)

Stoll dit avoir trouvé que le sang des saignées pratiquées aux dyssentériques ressemblait souvent à celui des pleurétiques, mais que d'autres fois il n'offrait pas de couenne inflammatoire. M. Bouillaud a observé le plus souvent sur le caillot une couenne mince, bien différente sous ce rapport, comme sous celui de sa fermeté, *de cette couenne inflammatoire modèle* que fournit le sang de la pleurésie, du rhumatisme articulaire, etc., avec forte réaction fébrile. M. Bouillaud ajoute qu'il n'a point observé de couenne sur les rondelles fournies par les saignées au moyen des ventouses, et la consistance de ces rondelles était, en général, médiocre. Nous verrons plus loin que Frank dit avoir observé sur le sang une couenne épaisse.

Ce dernier auteur a admis deux variétés (sthénique et asthénique) de la dyssenterie, auxquelles il attribue des symptômes et un traitement particuliers. La citation de ce passage remarquable complétera ce que nous avons à dire de la symptomatologie de la dyssenterie.

« La dyssenterie, dit le professeur de Pavie, attaque d'abord les personnes les plus robustes de tout âge, de tout sexe, ou, suivant le génie de la constitution, les individus faibles. Elle s'annonce, dans le premier cas (sthénique), par une fièvre violente et continue, qui se reconnaît à un frisson considérable, suivi d'une grande chaleur, avec pouls fréquent, plein et développé dès le principe, ensuite contracté et dur; par de violentes tranchées qui semblent diminuer ou cesser un instant pour revenir avec une intensité nouvelle, d'abord fixes dans un point, mais s'étendant bientôt à tout le bas-ventre. L'abdomen est souvent dur, sensible au moindre attouchement, et les douleurs dont il est le siége déterminent des efforts de vomissement, des vomissements même, comme dans l'entérite. Le malade est tourmenté par le ténesme, un sentiment d'ardeur dans le rectum et au périnée, dans le canal de l'urètre, avec dysurie, strangurie, urines peu abondantes et enflammées ou aqueuses; il se plaint de douleurs dans les lombes et les hanches. Dans cette dyssenterie aiguë, il survient quelquefois une hémorrhagie abondante et salutaire, fournie par les vaisseaux hémorrhoïdaux, par la membrane muqueuse du rectum, étranglée dans la chute de cet intestin, si fréquente chez les enfants et les jeunes gens atteints du flux dyssentérique; *le sang tiré de la veine se couvre d'une couenne épaisse et se prend en une masse solide.* Une méthode excitante, les boissons spiritueuses, les remèdes antidyssentériques, c'est-à-dire les astringents, les styptiques, les opiatiques, aggravent le mal; ils suspendent les déjections pendant quelques jours; mais ils augmentent considérablement les douleurs, la tuméfaction, la dureté du ventre, et déterminent enfin la gangrène, surtout du rectum.

» Lorsque la maladie est moins intense, la fièvre, les douleurs abdominales et le ténesme sont moins considérables. Au milieu des déjections liquides, on trouve des matières moulées, ce qui s'accompagne d'une grande rémission dans les symptômes; l'urine n'est ni trop claire ni trop chargée; la peau n'est pas très sèche.

» La plus fréquente de toutes les dyssenteries est, ajoute J.-P. Frank, l'*asthénique*. Elle présente divers degrés; elle est légère cette année, et maligne comme la peste l'année suivante. Si l'on se rappelle la description de la fièvre nerveuse, et qu'on y ajoute les symptômes de la dyssenterie ordinaire, on aura une idée exacte de la dyssenterie maligne. Voici les principaux traits qui la caractérisent : Prostration subite et extrême des forces, pouls petit et inégal, urines presque naturelles ou pâles, aqueuses; tremblement des membres, soubresauts des tendons, spasmes; somnolence, délire, tranchées violentes ou presque nulles, ténesme cruel, hoquet fatigant, lipothymies; pétéchies, taches livides ou noires, éruptions miliaires; aphthes nombreux qui occupent la bouche, l'œsophage, l'estomac, les intestins, et annoncent leur présence par les symptômes propres à cet exanthème. Les déjections sont excessivement abondantes; elles sont quelquefois si considérables, qu'en peu de temps elles épuisent le malade autant que les sueurs dans la fièvre éphémère sudatoire.

» La dyssenterie maligne exerce de

grands ravages dans les camps, les villes assiégées, les vaisseaux et les prisons; elle passe de la dernière classe des citoyens aux classes plus élevées.

» C'est dans cette dyssenterie qu'on observe souvent la gangrène des intestins, surtout du rectum. Cet accident est annoncé par les symptômes suivants : Cessation des douleurs et du ténesme; météorisme, hoquet continuel, presque suffoquants, vomissements érugineux; refroidissement glacial des extrémités, sueur froide, déjections abondantes et cadavéreuses; anxiété, assoupissement, délire; sécheresse extrême de la bouche, voix rauque, aphonie, dysphagie; face hippocratique, lipothymies fréquentes; mort. Cependant nous avons vu ces symptômes persister un mois entier sans avoir cette issue funeste.

» Lorsque la dyssenterie asthénique est moins grave, les symptômes diminuent dans le même ordre qu'ils s'étaient manifestés. Les tranchées s'apaisent, le ténesme s'adoucit; le malade rend avec bruit des vents par l'anus, les déjections deviennent moulées ou au moins pultacées, plus consistantes et apportent du soulagement. Quelquefois les symptômes dyssentériques sont dissipés par une éruption cutanée prurigineuse, pustuleuse, comme variolique ou squameuse, semblable aux croûtes de lait, par des douleurs rhumatismales dans les membres. Souvent la dyssenterie est suivie d'une diarrhée chronique, dont la guérison est encore plus difficile; elle laisse également à sa suite des symptômes hémorrhoïdaux, un excès de sensibilité dans le rectum, un ténesme, qui se prolongent dans la convalescence. Les malades épuisés par le flux dyssentérique périssent enfin dans un état d'hydropisie ou de marasme. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. I, p. 612.)

Il n'est pas rare, du reste, dans les espèces diverses de la dyssenterie, que la matière mucoso-puriforme qui transsude par une sécrétion morbide de la surface du rectum se concrète et forme de fausses membranes. Elle forme alors des flocons qui nagent dans les selles et qui sont connus sous le nom de *caroncules;* des pellicules, des concrétions polypeuses qui sortent avec les déjections ou pendent par l'anus et effraient les malades : on a attribué cette excrétion à une exfoliation de la membrane muqueuse, et on l'a comparée à du frai de grenouilles. Il peut encore se faire, par suite de l'extrême tuméfaction des membranes intestinales ou d'une invagination, que les matières s'accumulent derrière l'obstacle, et ce n'est alors qu'après des efforts prolongés, accompagnés de violents accès de ténesme, qu'elles parviennent à franchir ce point rétréci.

Caractères anatomiques. — « La dyssenterie, dit M. Gely, de Nantes, dans un mémoire très remarquable sur ce sujet, reconnaît pour cause anatomique une altération des tuniques propres de l'intestin; elle ne se borne jamais à la muqueuse, cependant cette membrane est évidemment plus affectée que les autres, et surtout à la période aiguë.

» On est tenté d'admettre quatre formes anatomiques dans la dyssenterie. Les caractères de chacune d'elles seraient : 1° l'hypertrophie mamelonnée, ou boursouflement en forme de mamelons que présente la face interne de l'intestin par suite de l'hypertrophie inflammatoire du tissu sous-muqueux et des follicules; 2° les ulcérations folliculeuses; 3° les fausses membranes; 4° l'amincissement et le ramollissement. Cependant, comme ces formes se combinent, il vaudrait mieux peut-être ne distinguer que deux formes spéciales, l'hypertrophie et l'amincissement, chacune d'elles pouvant être compliquée d'ulcérations ou de fausses membranes. La dyssenterie inflammatoire correspondrait à la première forme, la dyssenterie adynamique à la seconde. » (*Essai sur les altérations anatomiques de la dyssenterie;* in-8. Nantes.)

Ces ulcérations avaient été admises depuis longtemps comme constantes et caractéristiques par un assez grand nombre de pathologistes, et regardées par d'autres comme fort rares et étrangères à la dyssenterie. La première opinion remonte à Hippocrate, et a été adoptée par Celse, Galien, Cœlius Aurelianus, qui appela la dyssenterie *rhumatismus intestinorum cum ulcere*, et plus tard par Prosper Alpin. Sydenham a le premier combattu cette idée, et déclaré que les ulcérations intestinales ne se rencontraient que fort rarement dans

la dyssenterie. Pringle, Bonet, Stoll et beaucoup d'autres ont partagé cette opinion, jusqu'à Morgagni, qui, se tenant à égale distance de ces idées exclusives, annonça que ces ulcérations ne se développaient que dans la dernière période de la maladie, mais qu'elles existaient fréquemment. La présence peu fréquente des ulcérations a été reconnue depuis par Fournier et Vaidy, MM. Blache, Chomel. MM. Guéretin et Leclerc, de Tours, au contraire, les ont regardées comme un caractère aussi essentiel que les phlyctènes dans l'érysipèle, le bourbillon dans le furoncle, etc.

« A l'ouverture des sujets qui ont succombé à la dyssenterie aiguë, on trouve quelquefois l'épiploon rouge, réuni par des adhérences plus ou moins nombreuses à l'intestin grêle, au côlon et aux parois du bassin; la masse des intestins grêles est pelotonnée, pressée contre la colonne vertébrale; le côlon est distendu par des gaz, et en différents points existent des constrictions semblables à celles que produirait une ligature (Copland, Roche, Fournier et Vaidy). Les parois paraissent épaissies, et l'on voit au travers d'elles des plaques noires qui correspondent aux altérations qui ont leur siége sur la muqueuse (Thomas, Gely). On a vu des abcès sous-péritonéaux se former dans la région cœcale, et perforer la paroi abdominale pour se faire jour à l'extérieur (Copland, Roche, Thomas). En ouvrant l'intestin, on aperçoit dans le cœcum, le côlon et le rectum, beaucoup plus rarement dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, la muqueuse altérée dans sa couleur, qui peut offrir toutes les nuances intermédiaires au rose et au rouge brun; dans quelques points cependant, entre les ulcérations, elle est au contraire très pâle, rugueuse, enduite de matières glaireuses, sanguinolentes, sanieuses et puriformes; quelquefois elle est tapissée dans une assez grande étendue par une fausse membrane pelliculeuse, granulée, assez épaisse, laquelle peut former des cylindres complets que l'on a pris souvent, lorsqu'ils étaient expulsés avec les selles, pour des portions d'intestin. La muqueuse peut être détruite en quelques points par une gangrène qui envahit quelquefois jusqu'au tissu sous-muqueux, ou même toute l'épaisseur des parois intestinales. Les ganglions mésentériques sont souvent rouges, ramollis, hypertrophiés, suppurés; le foie, la rate, le pancréas, présentent quelquefois, surtout dans les pays chauds, des altérations plus ou moins graves. » (*Dictionnaire Fabre*, t. III, p. 372.)

M. Bouillaud croit devoir peu insister sur les caractères anatomiques, attendu que cette inflammation entraîne dans la trame de la membrane muqueuse elle-même et dans l'appareil folliculeux dont elle est fort abondamment pourvue, des altérations exactement semblables à celles décrites dans la gastrite et l'entérite, savoir : diverses espèces de rougeur, d'injection, d'épaississement, de ramollissement et d'ulcération.

« Les lésions anatomiques, dit cet auteur, variables selon l'intensité et la période de l'inflammation, diffèrent aussi selon que celle-ci affecte à la fois tous les éléments constitutifs ou quelques uns seulement des éléments constitutifs de la membrane muqueuse, sans préjudice du tissu cellulaire sous-jacent. Dans les cas où cette inflammation a été violente, prolongée, les ganglions lymphatiques correspondent aux diverses portions du gros intestin, sont rouges, tuméfiés, ramollis, etc., comme le sont ceux du mésentère dans l'inflammation également *violente* de la membrane muqueuse ou folliculeuse de l'intestin grêle. » (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 176.)

Les recherches microscopiques de M. H. Lebert ont éclairé ces questions.

« La dyssenterie qu'on appelle catarrhale, ou dyssenterie blanche, n'est qu'une irritation très superficielle de la membrane muqueuse, avec une exfoliation épithéliale abondante et une forte sécrétion séreuse. Elle guérit alors spontanément, et malgré des traitements peu rationnels, qui souvent doivent à cette apparence de succès une vogue populaire.

» Ordinairement l'inflammation est bien plus profonde et bien plus grave; alors un grand nombre de vaisseaux de la membrane muqueuse des gros intestins sont promptement gorgés de sang, et à tel point qu'après la pneumonie c'est peut-être l'affection inflammatoire dans laquelle

il y a le plus souvent rupture des capillaires. On est en général encore beaucoup trop tenté aujourd'hui de prendre pour une simple transsudation des éléments liquides et de la matière colorante du sang ce qui n'est que l'effet de la rupture des capillaires. J'ai bien souvent examiné les selles de malades atteints de dyssenterie; eh bien, chaque fois qu'il y avait seulement la moindre teinte rougeâtre, le microscope me fit découvrir une quantité considérable de globules de sang intacts, irrégulièrement distribués dans le mucus ou collés ensemble.

» Cet afflux prompt et étendu de sang a pour effet, outre la rupture des capillaires, une exsudation abondante de mucus, avec beaucoup de globules de pus, montrant distinctement leurs noyaux; de plus, beaucoup de globules granuleux et des feuillets d'épithélium qui se détachent tous de la surface de l'intestin malade. Les petites masses muco-purulentes et sanguines du début de la dyssenterie intense ont fort peu d'odeur, et ont de la ressemblance, à l'œil nu, et encore bien plus au microscope, avec les produits de l'expectoration de la pneumonie commençante. La membrane muqueuse, à cette époque, offre un aspect rouge vif, velouté, et paraît couverte de petites fausses membranes, d'ecchymoses et de petits caillots sanguins. Les éléments infiltrés d'une sérosité rougeâtre ne sont encore qu'écartés, distendus, gonflés. A cette période, la dyssenterie est capable d'une guérison assez rapide, lorsqu'on met en usage un traitement convenable. Mais ordinairement elle fait encore des progrès. Peu à peu, les éléments glandulaires, fibro-globulaires et vasculaires de la membrane muqueuse passent à un état de ramollissement et de désorganisation qui fait que des morceaux de membrane muqueuse plus ou moins étendus se réduisent en détritus; le tissu cellulaire, infiltré de sérosité, soulève des plaques avant qu'elles soient amenées par les évacuations. Le tissu musculaire est alors dénudé. Les ulcérations cependant n'offrent point de bords taillés à pic, mais passent graduellement à des portions malades moins altérées. Des masses assez considérables de pus, de sang, de mucus, le tout réuni sous forme de concrétion pseudo-membraneuse, s'en vont alors par les selles, qui peuvent être au nombre de cent à deux cents dans les vingt-quatre heures. La terminaison par la gangrène, avec destruction et détritus charbonneux de larges surfaces muqueuses, peut alors en être la conséquence.

» Lorsque la maladie, après avoir été grave, sans cependant être parvenue jusqu'à la destruction gangréneuse, tend à la guérison, nous voyons les selles changer d'aspect. Le sang s'y trouve encore en assez grande quantité, mais les éléments de la bile reparaissent; on les voit à l'œil nu sous forme de concrétions irrégulières plus ou moins étendues, et au microscope sous la forme de matière colorante infiltrant tous les divers éléments, et sous celle de feuillets oblongs et étroits. Le pus et les globules granuleux diminuent; les cristaux, abondants à la surface des intestins et dans les selles au début de la maladie, continuent cependant à être nombreux. La membrane muqueuse, toujours rouge et ramollie, reprend peu à peu son épaisseur normale; la circulation s'y rétablit; les ulcérations, cependant, ne se cicatrisent que lentement, et souvent elles ne tendent pas au travail réparateur, ce qui alors amène une dyssenterie chronique.

» La cicatrisation se fait par organisation fibro-cellulaire, et produit souvent des déformations de la forme des intestins et des rétrécissements de son calibre. Dans quelques cas plus rares, ce tissu de cicatrice, si sujet à s'ulcérer, devient le point de départ d'ulcères étendus et profonds, qui, lorsqu'ils ont leur siége dans le rectum, en imposent facilement pour des ulcères cancéreux.

» Dans les selles dyssentériques, on rencontre quelquefois de petits vibrions, des fragments de villosités intestinales, et parfois des éléments de pigment. » (Lebert, *Physiologie pathologique*, t. I, p. 216.)

Causes. — La dyssenterie se déclare dans toutes les saisons, dans tous les climats; elle attaque également tous les âges, tous les sexes, toutes les constitutions. Cependant on la voit régner le plus souvent en automne, après un été brûlant, et elle est endémique dans certains pays, tels que les Indes occidentales, le Bengale, Madère, les Antilles, la basse Egypte, etc.

L'usage des fruits en trop grande quantité, surtout s'ils sont aqueux et n'ont pas atteint leur maturité, des végétaux qui contiennent des matières étrangères, des sucs suspects, des larves d'insectes, qui sont trop chargés d'humidité, attaqués de quelque maladie ou corrompus, exerce une influence réelle sur le développement de cette maladie. Les froids de l'automne, surtout les nuits froides succédant à des jours chauds; les brusques variations de température, un principe contagieux, une bile corrompue par les chaleurs de l'été, la constriction du côlon irrité par les excréments endurcis, la suppression de la transpiration, sont autant de causes qui favorisent l'invasion de la dyssenterie. On a signalé encore le froid humide, la chaleur humide, un état électrique particulier de l'atmosphère, l'influence de certaines émanations: cette dernière cause ne saurait être contestée, après les nombreux exemples qui sont venus l'établir. A l'opinion de M. Trousseau, aux recherches de Parent du Châtelet et de M. Andral, qui ont démontré que les équarrisseurs, les chiffonniers, les vidangeurs, etc., ne sont pas particulièrement sujets à la dyssenterie, on peut opposer les faits positifs observés par Desgenettes, MM. Chomel, Vaidy, Lemercier, Max, Boulley, qui ont vu des épidémies dyssentériques manifestement produites par une influence miasmatique; et il nous semble impossible de nier l'action que peuvent exercer les matières végétales ou animales en putréfaction, des eaux croupies, des marais, des effluves, une accumulation de matières excrémentitielles, dyssentériques, etc. En tenant compte des agents de cette nature, on parviendrait peut-être à expliquer pourquoi la dyssenterie est endémique dans des localités où le climat ne semble nullement favoriser son développement. L'habitation dans des lieux bas et humides, où l'air n'est pas suffisamment renouvelé; l'agglomération d'un grand nombre d'hommes, et surtout de malades, dans un espace trop circonscrit, favorisent les épidémies dyssentériques : ainsi les bagnes, les prisons, les camps, les hôpitaux militaires, en sont le théâtre le plus ordinaire. Quoi qu'il en soit, M. Andral pense que l'influence des émanations ne peut agir efficacement que lorsqu'il y a prédisposition à contracter la maladie.

Quant à l'influence de l'alimentation, on l'a jugée diversement: quelques auteurs ont pensé qu'elle pouvait devenir une cause efficiente de la maladie; d'autres on nié complétement cette influence; cependant il paraît établi qu'une nourriture insuffisante, débilitante, malsaine, composée de substances avariées, putréfiées, détermine fréquemment la dyssenterie; l'usage d'une eau bourbeuse, stagnante, putréfiée, du vin de mauvaise nature; l'abus de la bière, du cidre, de boissons fermentées, en un mot de toutes les boissons de mauvaise qualité, ont une action évidente. La colère, la crainte, le découragement, la nostalgie, favorisent encore le développement de la maladie; les affections intestinales chroniques, l'hypochondrie, les maladies du foie, le scorbut, la présence de vers dans les intestins, l'abus des purgatifs drastiques, de l'aloès, sont dans le même cas.

Nous insisterons peu sur le caractère contagieux de la maladie, et nous dirons seulement que la dyssenterie sporadique aiguë, simple ou intense, se développe le plus ordinairement sous l'influence des seules causes efficientes locales susceptibles de déterminer une inflammation de la muqueuse intestinale; que la dyssenterie sporadique aiguë grave et la dyssenterie épidémique exigent presque toujours la réunion de causes efficientes et de causes prédisposantes générales et débilitantes; enfin, que les dyssenteries endémiques forment une classe intermédiaire qui se rattache tantôt à la première, tantôt à la seconde des deux précédentes. (Monneret et Fleury, *Compendium*, p. 106.)

La *nature* et les *variétés* de la dyssenterie ont été l'objet d'études nombreuses et de divisions plus ou moins arbitraires; des théories nombreuses ont été émises sur la nature de la dyssenterie. Cœlius Aurelianus la crut rhumatismale, plus tard d'autres auteurs en firent une affection de nature catarrhale. Quelques Allemands ont voulu voir une certaine analogie entre elle et le croup. Zimmermann, et depuis le docteur Legrand, ainsi que les praticiens des Indes orientales, l'ont cru occasionnée par la présence dans l'intestin d'une bile ayant

des propriétés délétères déterminées par un orgasme particulier du foie. Linné (*Amœnitates academicæ*) crut à l'existence d'un *acarus intestinal;* Huxham, Rœderer, Wagler, P. Frank la supposaient de nature fébrile, et l'appelaient *la fille de la fièvre intermittente.* Beaucoup de médecins de nos jours lui ont assigné une nature franchement inflammatoire. M. Rostan se rangea de cet avis, mais en admettant une nature morbide spécifique; enfin M. Mondière a pensé que, dans cette maladie, le sang se dépouillait de ses principes albumineux.

« En général, dit M. Lebert, la dyssenterie, quoique offrant des phénomènes indubitablement inflammatoires, n'est pas une phlegmasie franche; et sa nature miasmatique la rapproche des exanthèmes aigus. Il serait peut-être bon d'étudier comparativement, d'un côté, les inflammations épidémiques des membranes muqueuses, telles que la grippe et la dyssenterie; et de l'autre, les affections miasmatiques de la peau, telles que la rougeole et la scarlatine. Nous sommes, du reste, loin de vouloir regarder la dyssenterie comme une éruption interne, comme un exanthème; et certainement Linné s'est trompé en l'appelant *scabies intestinorum :* il avait pris pour les éléments d'une éruption ce qui n'était que de petites concrétions de mucopus et d'épithélium qui se détachaient de la muqueuse sous-jacente, pour être ensuite entraînées par les évacuations alvines. » (*Physiologie pathologique*, t. I, p. 219.)

Quant aux divisions que les auteurs ont établies, quant aux variétés qu'ils ont reconnues, elles sont pour ainsi dire innombrables et varient selon les temps, les lieux, les principes scientifiques. Sauvages en décrit vingt espèces tirées de la considération de la nature de l'affection, de ses causes, de ses symptômes dominants ou de ses complications, de la présence de la fièvre ou de la nature des digestions. Stoll admet une dyssenterie inflammatoire, bilieuse, putride, fièvre maligne dyssentérique. Zimmermann admet une dyssenterie inflammatoire bilieuse, putride, fièvre maligne dyssentérique, chronique. En un mot, toutes les divisions roulent sur de semblables différences, plus capables d'embarrasser l'observateur que de l'éclairer véritablement.

Traitement. — Partant de l'idée que la dyssenterie, quelle qu'elle soit, n'est autre chose qu'une inflammation du gros intestin, Broussais a dû pour cette maladie, comme pour les autres, tendre à simplifier le traitement et à rejeter tous les médicaments doués d'une réputation plus ou moins spécifique. Commençons par exposer ses idées et ses préceptes; nous les ferons suivre des opinions et des préceptes que l'expérience a fournis à d'autres praticiens non moins célèbres, et nous compléterons ainsi le traitement de cette redoutable maladie.

« Pour remplir l'indication curative, dit Broussais, il suffit : 1° d'épargner à la membrane phlogosée la présence des corps étrangers qui pourraient augmenter son irritation; 2° lui faire parvenir ceux qui jouissent d'une propriété opposée.

» 1° Épargner à la membrane enflammée tous les corps qui pourraient augmenter son irritation, voilà le grand secret de la cure des dyssenteries récentes; la plupart pourraient guérir par la seule abstinence de boissons stimulantes, d'aliments qui peuvent laisser dans les intestins un résidu excrémentitiel, observée dès le commencement du mal, quelle que fût la violence de leur début. Malgré l'atrocité des douleurs et le sentiment de faiblesse et de défaillance qui subjugue les malades dans les intervalles des grandes douleurs, il ne faut point se départir de ce principe, tant que le corps n'a pas eu le temps d'être épuisé.

» Le moment de placer les toniques et les aliments est celui où le ténesme commence à diminuer, et les selles à devenir plus faciles; il n'est pas aisé d'en fixer l'époque. En général, si l'on est attentif à ne point irriter une dyssenterie aiguë, les symptômes commenceront à diminuer au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, et dans trois ou quatre jours on obtiendra ce degré de calme qui permet de commencer à réparer les forces.

» 2° Les médicaments qui paraissent les plus propres à diminuer l'irritation de la membrane muqueuse des intestins sont les mucilagineux et les féculents. Dans le premier degré, lorsque les boissons parviennent en peu d'instants, de l'estomac sur le

lieu douloureux, et lorsqu'il n'y a qu'un violent ténesme, sans déjections stercorales, les mucilages sont les seules substances convenables. Les solutions légères de gomme insipide, les mucilages de graine de lin, de psyllium, de semences de coing, étendus dans l'eau distillée, telles sont les fomentations internes qu'il convient d'appliquer sur la phlegmasie du côlon; encore faut-il n'en user qu'avec réserve. Trop abondants ou trop répétés, ces mucilages nuisent par leur masse, comme simples corps étrangers. Les boissons adoucissantes ne seront donc administrées qu'à petits verres, aussi éloignées que la soif pourra le permettre; et lorsque celle-ci deviendra pressante, on pourra les aciduler avec les acides végétaux les plus doux. Il faut persévérer dans ce traitement tant que les selles sont rapprochées et le ténesme violent. Si pour le calmer ou *réfociller* son malade, on lui accordait du vin, de la teinture d'opium, etc, ces substances prolongeraient au moins l'irritation.

» Pendant la violence du ténesme, on tirerait un grand avantage des fomentations et des cataplasmes émollients appliqués sur toute l'étendue du ventre, si l'on pouvait maintenir ces topiques de manière que le malade ne les dérangeât point dans les mouvements qu'il fait pour aller au bassin.

» Quant aux lavements de mucilages, d'huile, de son, d'eau de tripes. etc., je les regarde comme des corps étrangers qui, en dilatant et tiraillant brusquement la membrane douloureuse, sont le plus souvent nuisibles. Je ne les crois utiles que dans les premiers moments, lorsqu'on est certain que le ténesme et le spasme général de l'abdomen ont retenu les matières fécales. Comme celles-ci sont des corps étrangers plus importants encore qu'un lavement, il sera toujours avantageux d'en tenter l'expulsion, d'abord par les lavements huileux, miellés et mucilagineux, ensuite, si l'excès de constriction s'opposait à leur passage ou bien à leur action, par la manne ou tout autre purgatif mucoso-sucré, introduit par la voie de l'estomac; mais cette seconde tentative demande, pour se faire, que le ténesme soit un peu adouci, et la constriction des intestins un peu tombée. Au reste, tous ces moyens évacuants ne sont indiqués qu'autant que les excréments sont opiniatrément retenus. Le plus souvent ils sont inutiles, parce que le premier effet de l'irritation dyssentérique est de débarrasser les intestins de toutes les matières qui y séjournaient. Cela étant fait par la nature, il suffit à l'art de ne pas faire fournir de nouveaux excréments.

» Les dyssenteries et diarrhées brusques, ou précédées de coliques et de tranchées qui attaquent à la suite des *grands repas*, ne demandent pas un traitement différent.

» Dans le début des dyssenteries qui surviennent *aux individus épuisés par une hectique* ou par toute autre maladie apyrétique, les boissons émollientes sont encore indiquées; mais on ne doit pas être aussi sévère sur tout le reste. Les sujets n'ayant plus autant de force pour résister à l'effet énervant de la douleur, on ne saurait, lorsque les tranchées sont atroces, se dispenser d'employer la teinture vineuse d'opium (laudanum liquide de Sydenham) ou le sirop d'opium. Sitôt que les selles commencent à se ralentir, le vin sucré et quelques potions éthérées, animées par des eaux distillées, paraissent également invoqués par l'état de faiblesse et de découragement où le malade se trouve plongé. Le premier moment d'orage étant passé, les décoctions de fécule végétale, et sur toutes les autres, celle de riz, sont de l'usage le plus avantageux.

» Tels sont les procédés curatifs que la réflexion et l'expérience m'ont conduit à adopter dans le début des phlogoses de la muqueuse du côlon. Je ne les ai jamais vus en défaut, lorsque la maladie était récente et primitive, quelle que fût sa violence. J'en ai fait cependant des expériences bien multipliées; deux ou trois jours de diète absolue, cinq ou six du régime mucoso-féculent, ont toujours suffi pour éteindre la phlogose. Je conduisais ensuite le malade aux aliments plus substantiels, mais c'était avec lenteur et précaution; j'étais toujours prêt à revenir aux bouillies, au riz, aux coulis, aussi longtemps que je m'apercevais que les matières fécales sortaient liquides, abondantes et fétides. » (Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, t. III, p. 201 et suiv.)

A ces moyens, M. Bouillaud pense que, dans les cas de violente inflammation du gros intestin, comme dans toute autre violente inflammation, il faut ajouter l'emploi des émissions sanguines. Les saignées locales peuvent, selon lui, être employées avec avantage, seules ou combinées avec les saignées générales, sur les bons effets desquelles M. le docteur Peysson a insisté dans ces derniers temps.

» Outre les applications nombreuses de sangsues sur les parois abdominales et au fondement, je me suis fort bien trouvé, dit M. Lebert, d'un traitement local de la muqueuse en ordonnant des lavements peu copieux (30 à 60 grammes) d'une décoction concentrée de graine de lin, d'huile d'amandes douces ou d'une solution d'acétate de plomb avec du laudanum et de l'huile d'olive, que je faisais répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Le traitement antiphlogistique, au début de la dyssenterie intense, est bien plus de rigueur que beaucoup de praticiens ne le pensent, indécis qu'ils sont sur la nature de la maladie; et j'ai vu des accidents graves succéder à l'usage des vomitifs et des purgatifs assez généralement employés contre la dyssenterie, dans quelques parties de la Suisse, accidents en proportion et en rapport de la nature plus ou moins inflammatoire de la maladie. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 320.)

A côté des préceptes pratiques posés par l'auteur de la doctrine physiologique, préceptes d'une incontestable utilité et d'une sagacité rare, il serait fort intéressant de rapporter les préceptes et les vues non moins pratiques d'un autre grand praticien, Stoll. Moins préoccupé des idées de phlogose qui étaient devenues si dominantes dans l'esprit du pathologiste français, et tenant un compte plus sévère des variétés diverses de la maladie qu'il a étudiées pendant de longues années et dans plusieurs régions, le pathologiste allemand varie son traitement avec non moins d'habileté et non moins de succès.

« Dans l'année 1778, dit Stoll, et pendant le mois d'août, on observa quelquefois cette espèce de dyssenterie, qui est pour moi la *première* et que j'appelle *simple*. J'en fus atteint moi-même pour m'être refroidi. Les boissons adoucissantes, tièdes, furent utiles avec la chaleur du lit. Quelquefois j'ajoutais à la même boisson un doux aromate. Le soir je faisais prendre de la poudre de noix muscade avec un peu d'opium. Les sueurs excitées pendant la nuit arrêtaient les selles avec les tranchées, sans laisser craindre aucune autre maladie.

» Tout autre traitement réussissait mal, soit celui des eccoprotiques, soit celui des émétiques, soit enfin la racine d'arnica; ils ne faisaient qu'augmenter le nombre des déjections ténesmoïdales et sanguinolentes. Avec la méthode indiquée, les malades étaient constamment guéris dans l'espace de vingt-quatre heures, pourvu que la maladie ne fût pas trop avancée ou qu'elle n'eût pas éprouvé un mauvais traitement. » (Stoll, *Médecine pratique*, t. II, p. 210.)

A côté de cette dyssenterie simple, rhumatique que l'on guérit par les diaphorétiques et l'opium, contre laquelle Sydenham réussissait à merveille avec son laudanum, il en est une autre compliquée, selon Stoll, *de la matière bilieuse mise en mouvement*, et contre laquelle ne conviennent nullement les remèdes précités, « *à moins que vous n'eussiez*, dit-il, *emporté la bile, et que vous n'eussiez fait d'une maladie composée une maladie simple.* » Cette espèce de dyssenterie était celle qui, *après un évacuant*, *aimait un traitement calmant et diaphorétique.*

« Tous n'ont pas la même manière de se purger : plusieurs préfèrent le vomissement; d'autres veulent l'être par le bas, au moyen de doux évacuants, les sels, la manne, les tamarins, la rhubarbe, etc.

» J'employais l'une et l'autre manière dans le traitement de la dyssenterie (je parle de cette seconde espèce *rhumatico-bilieuse*); mais j'attaquais la maladie plus souvent et avec plus de succès par un vomitif ou un éméto-cathartique.

» Après que l'estomac avait été renversé, les troubles s'apaisaient ordinairement d'eux-mêmes, sans le secours des narcotiques, et les malades avaient coutume de tomber dans un sommeil tranquille qui amenait les sueurs. Ainsi la bile était emportée par le remède évacuant, et le rhumatisme des intestins par les sueurs.

» Je soumis à cette méthode toutes les dyssenteries de l'année 1776, et je les guéris en peu de temps; je traitai aussi dans la Hongrie, avec les mêmes moyens et les mêmes succès, la plupart des dyssenteries des années 1773 et 1774.

» Je pense que c'était aussi ces dyssenteries que Sydenham guérit, non avec le laudanum seul, comme quelques autres, mais par des cathartiques répétés, ne donnant l'opium qu'après les purgatifs et en continuant l'usage jusqu'à un rétablissement parfait. » (*Loc. cit.*, p. 217.)

Dans une troisième espèce qu'il appelle *fièvre bilieuse dyssentérique*, Stoll se renfermait dans l'usage des savonneux, des dissolvants, des acescents auxquels on devait joindre ou interposer les éméto-cathartiques. Il ne fallait donner l'opium que très tard, avec ménagement et lorsque la fièvre était totalement tombée. Dans ce cas, la racine d'arnica en poudre ou en infusion fut constamment avantageuse, plus que tout autre remède tonique, donnée à la dose d'un demi-gros toutes les heures ou toutes les deux ou trois heures.

« En 1776, les dyssenteries conservèrent le même caractère et cédèrent avec une promptitude étonnante et d'une manière sûre, aux vomitifs, et, parmi ceux-ci, au tartre émétique principalement.

» En 1777, au contraire, elle fut ordinairement difficile, de longue durée, ne fut pas guérie, et fut adoucie à peine par les évacuants, soit par haut, soit par bas.

» En 1778, le caractère des dyssenteries fut plus inflammatoire, et ceux qui étaient affectés n'étaient pas guéris par cette méthode évacuante qui fut si heureuse l'été de 1776, soit qu'ils prissent l'émétique, soit qu'ils prissent des eccoprotiques. Il fallut pratiquer une méthode composée. « Je fis prendre, dit Stoll, beaucoup d'émollients tièdes en boissons et en lavements; j'échauffais l'abdomen avec un cataplasme, je faisais bien couvrir les malades et leur faisais tirer du sang; puis je donnais un émétique. La dyssenterie actuelle ne supporte pas les sels neutres, qui, même seuls, guérissaient quelquefois les dyssenteries *bilieuses* de l'année 1776, et la constitution de cette année montre clairement combien font mal ceux qui, prenant les *noms* pour les choses, suivent toujours la *même* méthode dans toutes les dyssenteries, et combien est vain l'espoir d'un remède *antidyssentérique universel.* » (Stoll, *loc. cit.*, p. 184 et suiv.)

Les principes et les observations de J.-P. Frank viennent à l'appui des observations et des préceptes des deux célèbres médecins que nous venons de citer. Voici textuellement la dissertation éminemment pratique du professeur de Pavie :

« Lorsque la dyssenterie attaque un sujet jeune, robuste, pléthorique, disposé aux maladies sthéniques, et s'accompagne de tous les symptômes de la fièvre inflammatoire, de tranchées violentes, avec sensibilité extrême de l'abdomen au moindre attouchement, d'un ténesme très douloureux, d'un pouls assez résistant, grand et vibratile ou bien serré et petit à cause des douleurs, mais dur, pratiquez, réitérez la saignée; employez, dès le principe, la méthode débilitante. Si vous négligez ces moyens, et surtout si vous administrez au malade des styptiques, des opiatiques et autres remèdes excitants, vous verrez bientôt survenir l'entérite.

» Ne soyons pas surpris qu'après avoir pratiqué une ou deux saignées, ou sans avoir recours à ce moyen, lorsque la dyssenterie est plutôt catarrhale qu'inflammatoire, l'administration des émétiques, des purgatifs doux, comme la manne, la pulpe de casse, les tamarins, l'huile de ricin, soit non seulement sans inconvénients, mais même avantageuse. Ces remèdes sont utiles, non pas parce qu'ils évacuent la bile, mais parce que le vomissement provoque la diaphorèse et que la purgation diminue les forces en excès. La méthode évacuante convient encore dans une dyssenterie commençante, plus ou moins inflammatoire, lorsqu'il existe une complication gastrique manifeste. Mais c'est à tort qu'on a voulu appliquer ce traitement à toutes les espèces. Il y a des cas où les saignées seules sont indiquées à cause de l'extrême irritabilité des intestins qui ne peuvent supporter aucun remède stimulant. Les évacuants aggraveraient la maladie, comme les errhins dans le coryza inflammatoire. Dans cette espèce de dyssenterie, les fruits d'été

bien mûrs et pris avec modération ont été quelquefois utiles, en lâchant doucement le ventre; d'autres fois nous les avons vus rappeler les douleurs, par les vents qu'ils dégagent dans le tube intestinal; les acides les plus doux produisent le même effet. On prescrit pour boisson l'émulsion d'amandes, une tisane peu nourrissante et légère, comme une décoction d'orge, d'avoine, l'eau panée. Nous nous abstenons du nitre, parce qu'il est peu efficace à petite dose, laxatif à dose plus considérable, et qu'il ne rafraîchit pas dans cette maladie, comme dans l'angine sthénique; les injections aggravent l'inflammation, de même dans les dyssenteries, les clystères, quoique mucilagineux et administrés à petite dose, augmentent l'irritation sans en emporter la cause. Les lavements ne conviennent que lorsque des matières fécales sont retenues dans les intestins. Après avoir pratiqué les saignées indiquées, on apaise les tranchées par les fomentations tièdes sur le bas ventre, préparées avec le lait et la décoction de graines de lin ou de mauve, lorsque le malade peut garder le lit.

» Quand les symptômes inflammatoires sont apaisés ou que la dyssenterie est purement catarrhale, nous recommandons la chaleur du lit, les dispnoïques, tels que l'infusion de sureau, de mélisse, l'esprit de Mindérerus. Les antimoniaux, l'opium et le camphre rallumeraient aisément l'inflammation, si la maladie n'était pas encore arrivée à l'état asthénique.

» La dyssenterie asthénique demande des remèdes plus ou moins actifs, selon le degré et le caractère de la fièvre nerveuse dont elle est le symptôme.

» Une adynamie légère, produite par un refroidissement, détermine quelquefois un catarrhe intestinal avec tous les symptômes d'une dyssenterie peu grave. La chaleur du lit, les infusions aromatiques tièdes, l'esprit de Mindérerus, la poudre de Dower, la teinture d'antimoine, avec une petite quantité d'opium, et le mucilage de gomme adragant ou de gomme arabique, suffisent pour dissiper cette affection. Les émétiques sont quelquefois utiles, non pas en évacuant la bile, mais en provoquant la transpiration; on doit cependant préférer les substances qui produisent les mêmes effets sans occasionner les mêmes secousses.

» Dans la dyssenterie avec fièvre nerveuse versatile, surtout contagieuse, les toniques diffusibles, combinés avec l'opium, sont souvent très efficaces; ils agissent comme excitants, et augmentent la sécrétion cutanée. Dans l'Inde occidentale, où cette dyssenterie est commune, on pratique d'abord une saignée, on provoque ensuite le vomissement avec l'ipécacuanha, et les selles avec le verre d'antimoine; on couvre le malade, et l'on excite la sueur, au moyen de la poudre de Dower ou du vin d'antimoine opiacé. La saignée ne saurait convenir dans une véritable fièvre nerveuse. Nous soupçonnons que, sous ce tropique, les maladies aiguës présentent souvent à leur début un caractère inflammatoire, et que l'asthénie qui succède est le produit de l'excitation. Dans ce cas, la saignée est absolument nécessaire à l'invasion d'une maladie dont la marche est si rapide; son indication se fonde sur la violence des douleurs abdominales, la dureté et la concentration du pouls. Relativement à l'émétique et au verre d'antimoine, un médecin célèbre, qui a exercé la médecine dans l'Inde, avoue qu'on les administre moins pour provoquer le vomissement ou les selles que dans la vue d'exciter la transpiration; il ne dissimule pas que lorsque la fièvre est violente et rapide, on doit aussitôt recourir à l'opium et aux cordiaux, de peur que le malade ne soit victime du moindre retard.

» Dans la dyssenterie asthénique ordinaire, nous ne songeons nullement à administrer d'émétique ni de purgatif, quelle que soit l'opinion des auteurs à cet égard; fondé sur notre expérience, nous nous empressons de donner l'opium dans une émulsion gommeuse ou dans une décoction de salep. Lorsque le ténesme est douloureux, nous prescrivons de semblables clystères tièdes, à petite dose. Nous combattons les violentes tranchées par les fomentations aromatiques sur le bas-ventre, sèches ou humides, vineuses, par les cataplasmes de même nature; dans un cas pressant, nous appliquons un vésicatoire jusqu'à rubéfaction. Nous n'avons jamais observé les paralysies qu'on attri-

bue à l'opium ; mais, comme nous l'avons déjà dit, nous avons vu la paralysie des membres survenir sans qu'on eût employé ce remède.

» Si la faiblesse l'exige, on combine l'opium avec le camphre, avec le musc et la gomme arabique; enfin on a recours aux remèdes que nous avons conseillés dans la fièvre nerveuse, surtout à l'infusion de cannelle dans le vin rouge. Dans certains cas, nous avons retiré de grands effets du bain tiède; mais souvent, dans une dyssenterie grave, la faiblesse et les envies continuelles d'aller à la selle empêchent de l'employer; rarement peut-on en faire usage chez les pauvres.

» Nous ne parlerons pas du verre ciré d'antimoine, de la noix vomique, remèdes dont le premier est vanté par les anciens, et le second fortement recommandé par les modernes, quoique peu de médecins continuent à en faire usage. Nous ne dirons rien des fleurs de soufre mêlées avec le sel ammoniac, de l'électuaire de cire. Nous respectons l'opinion de nos confrères; mais notre expérience propre ne nous a rien appris sur l'efficacité de ces remèdes ; car jamais nous n'avons eu besoin d'y recourir. Pour la même raison, nous n'avons pas essayé le mercure, quoique ce remède, vanté d'abord en Angleterre par quelques médecins, recommandé publiquement à Pavie, il y a douze ans, par un homme de mérite, nous ait réussi dans une maladie analogue à la dyssenterie, dans l'angine membraneuse, et plus souvent encore dans l'hépatite chronique.

» La fièvre nerveuse versatile, la fièvre nerveuse stupide et la fièvre gastro-pituiteuse ne nous paraissent différer que par la forme, de sorte que la dyssenterie, qui en est le symptôme, exige le même traitement dans ces trois cas. Nous devons seulement observer qu'il faut varier le choix des stimulants selon la sensibilité des intestins; car ils portent spécialement leur action sur l'endroit le plus irrité, et produisent souvent un effet plus intense qu'on ne le désire. Ainsi, lorsque la sensibilité du tube intestinal est exaltée, employez les stimulants les plus doux, enveloppés dans une substance mucilagineuse ; dans le cas de stupeur, administrez les excitants les plus énergiques et sans correctifs.

» Au commencement de la dyssenterie, prescrivez les toniques diffusibles. Si la maladie déjà avancée résiste à ces remèdes, combinez-les avec les toniques permanents ou fixes. C'est à cette époque, non pas avant, que nous avons retiré de bons effets de la décoction de simarouba, à laquelle nous ajoutions l'eau de cannelle simple, et quelquefois l'opium. Les expériences tentées avec la salicaire ont trompé l'attente de plusieurs médecins et la nôtre.

» Quand la fièvre sthénique ou asthénique se complique avec une collection de bile ou de saburres, on a administré un émétique et un doux purgatif, afin de simplifier la maladie pour la traiter ensuite selon les règles exposées ; dans les cas de fièvre sthénique, la saignée doit précéder l'emploi des évacuants. Il est rare que les vers résistent longtemps au mouvement péristaltique continuel des intestins, ou du moins qu'on en trouve dans leur cavité après la mort.

» La dyssenterie intermittente doit être traitée comme la fièvre dont elle est le symptôme; on les combat d'abord avec l'opium étendu dans une eau aromatique, que l'on rend mucilagineuse par l'addition de la gomme arabique; on en vient ensuite au quinquina.

» La dyssenterie chronique ne présente plus de ténesme, de tranchées, du moins violentes, ni de fièvre, excepté dans les cas où la fièvre lente se déclare ; elle a le caractère d'une blennorrhagie intestinale, c'est-à-dire d'une diarrhée chronique, et réclame le même traitement; sa guérison n'est pas facile.

» Pour prévenir la rechute si fréquente dans cette maladie, on prescrit un régime et des remèdes variables selon le caractère de la dyssenterie ; le convalescent doit longtemps éviter l'impression de l'air froid. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 616.)

L'importance et la gravité de la dyssenterie nous engagent à rendre aussi complète que possible l'appréciation des moyens thérapeutiques. Au risque de nous exposer à quelques redites, nous emprunterons le résumé suivant qui en a été fait dans notre *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*.

« 1° *Evacuations sanguines.* — Les an-

ciens, et beaucoup d'auteurs des XVI[e] et XVII[e] siècles, ont préconisé la saignée. On y avait recours dans tous les cas, et surtout au début de la maladie; plus tard, elle tomba dans l'oubli et rencontra une vive opposition. De nos jours, les avis se sont partagés, et les uns se sont prononcés pour les évacuations sanguines locales au moyen des sangsues ou des ventouses, les autres pour l'ouverture de la veine. Ainsi Broussais insiste pour poursuivre la phlegmasie dans le point enflammé (*Ann. de la méd. physiologique*). Pinel partageait cet avis; MM. Bricheteau et Polinière pensent également que les saignées générales ne font jamais que diminuer la quantité du sang, et qu'il faut, en leur place, et dans ce cas, avoir recours aux sangsues. M. Chomel ne voit les évacuations sanguines nécessaires que dans les cas où la suppression d'une hémorrhagie, la pléthore, l'état du pouls l'indiquent. S'il y a prostration des forces, il les regarde comme dangereuses. Boisseau admet que parfois on puisse avoir besoin de mettre les sangsues à l'anus (*Nosographie organique*, t. I, p. 607). M. Bouillaud a quelquefois traité des colites par les sangsues. M. Segond dit que les cas où la saignée est indispensable sont très rares; s'il convient de saigner, c'est quand la fièvre est trop forte pour céder aux sangsues ce praticien exerçait à la Guyanne française (Cornuel, *Mémoire sur la dyssenterie observée à la Guadeloupe*, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VIII, p. 100). M. Levacher se prononce également contre les émissions sanguines. A côté de cela, on nous dit qu'à Tubingen une saignée de 150 à 200 grammes, pratiquée au début de l'affection, sans avoir égard à l'état du pouls, soulageait immédiatement, et, pour nous servir d'une expression moderne, *jugulait* la maladie. Pendant une épidémie de dyssenterie qui sévissait à Gibraltar, le docteur O'Halloran ouvrait la veine aux malades couchés, et laissait couler le sang jusqu'à la syncope. Il en retirait jusqu'à 2,000 grammes, et si le 30e jour la guérison n'était pas assurée, il y revenait une seconde fois (*London med. Repository*, 1824, n° 8.)

» La méthode des saignées vient, dans ces derniers jours, de recevoir une nouvelle impulsion de la part du docteur Peysson, médecin principal de l'hôpital de Lyon (*Moyen de guérir la dyssenterie sûrement, promptement et économiquement*, in-8, 1840); il n'hésite pas à dire qu'il a découvert un spécifique plus utile encore que la vaccine elle-même; nous laisserons parler cet auteur dont les faits méritent considération. « Ces deux traitements, dit-il, celui de O'Halloran, et celui employé à Tubingen, diffèrent de celui que je propose. Le premier est trop étrange pour être discuté. On n'égorge pas les malades sous prétexte de la guérison; le second serait insuffisant; une seule saignée de 200 grammes ne peut faire avorter ces dyssenteries: faire trop peu en médecine équivaut à faire mal. Il résulte de mes recherches que si parfois nos prédécesseurs ont essayé les saignées générales, ils ne l'ont fait qu'avec timidité. Il ne me fallait à moi-même rien moins que les revers que j'éprouvai l'année dernière, malgré le large emploi des sangsues, pour me faire sortir de l'ornière où j'étais engagé. » Le mémoire que nous citons contient 21 observations de dyssenterie aiguë prises environ au cinquième jour par la saignée de 400 grammes que l'on a répétée une ou deux fois; tous ces malades ont guéri du quatrième au dixième jour du traitement. En un mot, selon M. Peysson, la saignée serait un remède héroïque contre les colites et contre la dyssenterie qui, d'après ce médecin, n'est qu'un degré différent de la même maladie.

» 2° *Vomitifs.* — Ils ont été conseillés par un nombre considérable d'auteurs, et presque tous se sont accordés à choisir la poudre d'ipécacuanha, seule ou associée à l'émétique, au calomel, à l'opium, au quinquina. « Nous pensons, après vingt années d'expérience, disent MM. Fournier et Vaidy, que le tartre stibié et l'ipécacuanha, considérés comme vomitifs, sont également convenables; cependant le tartre stibié, agissant comme purgatif d'une manière plus marquée que l'ipécacuanha, mérite sans doute de lui être préféré, lorsque les déjections sont nulles ou très peu abondantes; si, au contraire, le flux est considérable, l'ipécacuanha semble être le médicament le mieux indiqué. » (*Loc. cit.*, p. 374.)

» 3° *Purgatifs.* — Ils ont souvent été donnés dans les mêmes circonstances que les vomitifs ; quelquefois aussi administrés empiriquement, ils paraissent avoir réussi quand les autres moyens ont échoué. Le docteur Meyer dit n'avoir perdu que 2 malades sur 100 dans une épidémie grave, en prescrivant 16 grammes de nitrate de soude en vingt-quatre heures. M. Bretonneau a traité avec succès plus des 4/5 de ses malades par le sulfate de soude ou de magnésie à la dose de 8 à 16 grammes matin et soir. Pringle et Stoll avaient vanté la rhubarbe ; J. Copland et quelques Anglais préfèrent le calomel, les uns le donnent à petites doses, les autres à doses élevées.

» 4° *Toniques.* — Beaucoup de praticiens les ont vantés pour combattre les formes dites asthéniques, putrides, adynamiques, etc. Les uns ont choisi de préférence le quinquina (Monro, Douglas, Dreysig) ; d'autres, l'angusture (Brande), la cascarille (Hufeland), le saule, le simarouba, le colombo, le bois de Campêche, le kino, la tormentille. Nous ne répéterons pas les doses et la préparation de ces substances, toutes les pharmacies les indiquent et les multiplient. « S'il est incontestable que l'emploi intempestif des toniques peut avoir de fâcheux résultats, on a tort de les rejeter complétement. Broussais lui-même reconnaît qu'on peut y avoir recours avec avantage au moment où le ténesme commence à diminuer et les selles à devenir plus faciles ; dans les formes dyssentériques, adynamique, putride, maligne, il est formellement indiqué. Le quinquina devra aussi être prescrit toutes les fois qu'il y a complication de fièvre rémittente ou intermittente. » (*Compend. de méd.*, loc. cit., p. 112.)

» 5° *Narcotiques.* — Ils ont été prescrits sous toutes les formes, et, comme le disent MM. Vaidy et Fournier, ils ont donné lieu aux jugements les plus contradictoires. Pringle, Willis, Ettmuller, P. Frank, Osiander et mille auteurs ont préconisé l'opium. Latour en fait un spécifique. Hufeland le regarde comme dangereux dans beaucoup de circonstances. Les uns le donnent par prises de laudanum, depuis 6 gouttes jusqu'à 10 ; les autres dans du bouillon, de 4 à 6 gouttes toutes les deux heures (Vaidy) ; on l'a administré sous forme de potion, en pilules d'extrait aqueux (2 grammes pour 20 pilules) (Latour) ; on l'a associé à l'émétique (Gerner), à la rhubarbe, au calomel, à l'acide nitrique, à l'ipécacuanha, au nitre, aux astringents, etc. Notons encore l'administration de la jusquiame, de la noix vomique, de la belladone, sous une multitude de formes ; de la morphine, par la méthode endermique. (*Arch. de méd.*, t. XXX, p. 102.)

» 6° *Médicaments divers, spécifiques.* — Faut-il encore indiquer les émollients de toute espèce, en boissons, en lavements, en topiques ; les mercuriaux, en frictions, à haute dose, pour produire la salivation ; comme purgatif, le calomel ; comme spécifiques, les diaphorétiques, pour exciter les fonctions perspiratoires de la peau. Les astringents, l'alun, le cachou, la salicaire, l'arnica, l'eau de chaux, tantôt seule, tantôt mélangée avec du lait, la cire fondue dans le lait, l'alcool, la cire associée au verre d'antimoine, la colle forte, les acides, les alcalis, les aromatiques, les antiseptiques de toute nature, car il est à peine un médicament, il est à peine une formule, qui n'aient été essayés et même préconisés. Mondière, à l'exemple de M. Bodin de la Pichonnerie, a donné l'albumine. (*Expérience*, 1839, n° 83.) Pr. : Eau simple, 1 kilogr. ; blancs d'œufs battus n° 6 ; sucre, 80 gramm. ; eau de fleurs d'oranger, q. s. Un adulte en boit trois ou quatre bouteilles dans les vingt-quatre heures. On donne en même temps trois fois par jour un demi-lavement composé de trois blancs d'œufs mélangés à de l'eau. « Ce traitement, dit Mondière, a pour résultat de calmer les coliques, de diminuer les épreintes et le ténesme, et, au bout de quelques heures, terme moyen, les selles commencent à changer de nature et à diminuer de nombre, et cela quelquefois d'une manière si subite, que nous avons vu tel malade qui avait eu quinze, vingt selles et plus dans les vingt-quatre heures, n'en avoir que quelques unes assez éloignées aussitôt qu'une ou deux bouteilles de saccharum et les premiers lavements avaient été administrés. »

» Parmi les remèdes externes, il faut encore noter les irrigations d'eau froide sur l'abdomen, les fomentations, cataplasmes, applications chaudes, les fric-

tions, embrocations avec le camphre, l'huile de camomille, le laudanum, l'ammoniaque, l'huile de croton tiglium, les bains chauds, d'eau, de sable, de vapeur, etc. » (*Dict. Fabre*, t. III, p. 375.)

§ II. Dyssenterie chronique.

La dyssenterie chronique n'est pas rare dans certaines circonstances. Ainsi, Fournier et Vaidy signalent sa fréquence après la dyssenterie épidémique chez les malades convalescents que l'on n'a pu soustraire aux influences délétères, ou qui se sont livrés à des erreurs de régime ou exposés au froid. Elle paraîtrait aussi pouvoir se développer quelquefois primitivement d'emblée chez les sujets débiles, telle est au moins l'opinion de Broussais (*Histoire des phlegm. chroniq.*, t. III, p. 53).

Symptômes. — « Lorsque la dyssenterie est devenue chronique, la fièvre, si elle avait lieu dans l'état aigu, disparaît, ou diminue d'une manière sensible. Les forces reviennent un peu, mais non complétement; les malades ont, pour l'ordinaire, un appétit déréglé; ils désirent des laitages, des pâtisseries, des fruits acides ou même acerbes, et leur intempérance est fort souvent la cause qui perpétue le mal. D'autres fois, accablés par une affreuse langueur, ils perdent l'appétit; les mets les plus exquis leur inspirent du dégoût; ils continuent d'être tourmentés par les épreintes, le ténesme et de fréquentes déjections. Souvent ils sont tristes et même nostalgiques. Ils ont continuellement froid; ils aiment à rester au lit, et s'y tiennent couchés sur un des côtés avec toutes les articulations fléchies et les membres très rapprochés du tronc; ils ont la tête enfoncée sous la couverture. Cette position est caractéristique, et tous les médecins exercés reconnaissent au premier aspect les malades dyssentériques à la manière dont ils sont blottis dans leur lit. Le visage, dans cet état de la dyssenterie, est pâle et d'un jaune sale, et il se recouvre souvent, ainsi que les mains et les avant-bras, d'une croûte comme terreuse qui est d'un mauvais augure, et qui dure jusqu'à la mort; la peau est aride et rude au toucher; la langue et les lèvres sont décolorées; parfois la face est œdématiée; le sujet maigrit incessamment; l'odeur dyssentérique qui s'exhale de son corps est beaucoup plus prononcée que dans les dyssenteries aiguës; elle est insupportable. Le pouls est faible, lent, intermittent, quelquefois avec exacerbation vers le soir; le ventre est dur, sans être douloureux; l'urine est ardente, et coule difficilement; elle est d'une teinte brune; les pieds deviennent œdémateux; chez quelques individus, les jambes et les cuisses participent à cet état, sans qu'il y ait hydropisie. Les malades conservent toute leur raison, comme les phthisiques, et, comme eux, ils se livrent à des projets qui les transportent dans un long avenir. De même que les phthisiques, ils ont une avidité extrême pour l'opium, et ils en supportent des doses énormes sans tomber dans le narcotisme. Ceux qui éprouvent cet appétit vorace dont nous avons parlé plus haut expirent quelquefois en mangeant ou en parlant. Ceux d'entre ces malades qui n'ont point les aliments à discrétion, comme dans les hôpitaux militaires, par exemple, portent la prévoyance jusqu'à faire, à l'insu du médecin, des provisions qu'ils cachent avec soin à tous les regards; et souvent, après leur mort, on trouve sous leur oreiller, dans la paillasse, du pain, du fromage, du jambon, des œufs, des fruits, des pommes de terre, etc. Les aliments qu'ils prennent sont rendus sans être presque altérés, comme dans le flux cœliaque; chez un grand nombre de ceux qui sont morts sous nos yeux, et que nous avons ouverts, l'anus était béant et même très dilaté. » (Fournier et Vaidy, *Dictionnaire* en 60 vol., t. X, p. 558.)

Caractères anatomiques. — Dans la dyssenterie chronique, le côlon, et plus fréquemment le rectum, ont presque toujours la consistance lardacée, par suite de l'engorgement et de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux. L'infiltration est remplacée par un œdème squirrheux. Les tuniques sont racornies, endurcies, couvertes de fausses membranes; les ulcérations sont fongueuses, saignantes, baignées dans un liquide fétide, grisâtre, par le pus qui se concrète et recouvre quelquefois une portion étendue de l'intestin (Andral, *Anatomie pathologique*, t. II, p. 139). Des végétations nombreuses et quelquefois très

considérables se développent; des épanchements séreux se font presque toujours dans la cavité du péritoine, dans celles des plèvres, du péricarde (Bouillaud). Les annexes de l'appareil digestif sont le siége de différentes lésions, qui se rattachent à une altération chronique (*Dict. Fabre*).

« Les gros intestins d'une femme qui avait succombé à une dyssenterie chronique offrirent un épaississement considérable; de larges surfaces de la membrane muqueuse engorgée alternaient avec des ulcérations dans lesquelles la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux étaient en bonne partie détruits, et la tunique musculaire tout à fait à nu; il y avait beaucoup de cristaux à la surface de ces intestins, une injection vasculaire assez intense, rouge par places, et d'un gris ardoisé, dans d'autres. Là où la muqueuse n'était pas détruite, elle était recouverte de concrétions, de mucus et de fausses membranes. Les glandes isolées étaient généralement très gonflées, et dans quelques unes on reconnaissait des conduits tortueux d'excrétion. Les ulcérations existaient surtout près des endroits les plus vasculaires; partout la surface de ces intestins était recouverte de globules de pus, de grands lobules granuleux et de beaucoup d'épithélium détaché. Les fibres des tuniques cellulaire et musculaire ne montraient rien d'anormal.» (Lebert, *Physiol. pathol.*, t., I, p. 224).

Fournier et Vaidy (*Dict. cité*) ont souvent, ainsi que nous l'avons dit, trouvé l'anus béant et même très dilaté chez la plupart des sujets qu'ils ont ouverts: la tunique interne des intestins leur a paru aussi épaissie, rugueuse, ulcérée et recouverte de pustules en forme de poireaux.

Traitement. — « Aussitôt, dit Broussais, qu'il me semble que la diarrhée, ou plutôt la phlogose de la muqueuse du côlon qui la produit ne s'entretient plus que par le stimulus des corps étrangers, je réduis le malade aux aliments que je crois dans le cas de fournir le moins d'excréments; mais les aliments les plus propres à se convertir en chyle ne sont bien digérés et promptement absorbés qu'autant qu'il ne sont pas admis dans l'estomac en trop grande quantité; si le contraire a lieu, ils passent à demi digérés, et parviennent sur la partie malade, avec le mucus et la bile, en état de fermentation. Il faut donc ne permettre ces aliments choisis que dans leur juste proportion avec les forces de l'estomac. Il peut être avantageux d'en favoriser la digestion, en sollicitant l'action de l'estomac par des toniques; mais ces toniques ne doivent agir que sur ce viscère; s'ils portent leur action plus loin, ils augmentent l'irritation de la partie malade, soit sympathiquement, soit en précipitant le passage des aliments mal digérés, et se précipitant avec eux sur cette partie. Il faut donc encore choix et mesure pour les toniques.

» Tels sont les trois principes du traitement dans lesquels je dois entrer.

» Les *aliments* les moins propres à laisser du résidu sont ceux qui n'ont point de tissu organisé. Quoi que puisse faire l'art du cuisinier pour attendrir et rendre digestibles les tissus organisés, de quelque nature qu'ils soient, il ne saurait opérer assez efficacement pour que la fibre soit complétement soluble par les forces digestives, et réductible en chyle; la digestion ne fait qu'en extraire les parties nutritives. Le reste laissé sur la surface muqueuse des intestins, et mêlé avec la bile et le mucus, que la phlogose rend abondant, subit une décomposition putride qui en fait un stimulant très fatigant pour la membrane enflammée.

» Les résidus animaux sont les plus nuisibles, mais ceux des tissus végétaux le sont encore assez pour qu'on doive les écarter autant qu'il est possible; ainsi toutes les feuilles, les tiges et les racines qui sont usitées dans nos cuisines, doivent être bannies du régime des diarrhéiques. Les grains seuls sont admissibles; encore faut-il un choix : aucune des légumineuses ne convient. Je ne vois, parmi les céréales, que le froment et le riz dont on puisse se servir avec sécurité. La farine de maïs donne aussi des bouillies d'un usage fort avantageux.

» Le pain le plus blanc, le plus délicat et le plus fermenté, est à préférer à celui qui est moins blanc, quoique plus savoureux; mais il ne doit être employé qu'en panade, en bouillie, et passé à travers un tamis, etc.

» Le riz entier est presque complétement réductible en mucilage nutritif; il est aussi

mieux digéré et moins stercoral que le pain ; mais sa farine bien triturée, et la fine fleur de celle de froment, sont préférables.

» On peut, avec ces deux matériaux, préparer des coulis et des bouillies, soit à l'eau, soit au lait, qui satisfont parfaitement l'indication... On trouvera encore dans les semoules, les gruaux, les pâtes ou vermicelles, pourvu qu'ils soient très fins, des moyens de varier agréablement la nourriture, en combinant ces diverses substances avec le lait, la crème, les œufs, le sucre, selon le goût du malade et le degré de sa faculté digestive.

» Les bouillons de viande peuvent être accordés lorsque la digestion est facile. Quelques consommés contribueront puissamment à soutenir les forces et à délasser l'estomac des végétaux. Il faudra cependant bien remarquer leur effet ; s'ils rendent les selles plus fréquentes, c'est qu'ils ne sont pas facilement absorbés ; dans ce cas, il faut les suspendre pendant quelque temps.

» Les fruits mucoso-sucrés peuvent être utiles ; Tissot a vu de bons effets du raisin. Il faut choisir les plus tendres et les plus mûrs, les manger en petite quantité, plutôt cuits que crus, si ce n'est le raisin qu'il faut choisir bien doux et bien mûr ; sa pellicule et ses grains étant indigestibles, seront soigneusement rejetés, mais tout cela n'est qu'adjuvant et non comme la base du traitement.

» Pour déterminer la dose des aliments, il ne faut pas moins d'attention que pour leur choix. On se règle sur la facilité avec laquelle ils passent, et sur les effets qui résultent de leur digestion dans la portion inférieure du canal. Mais en général, on peut donner une bouillie ou un coulis de quatre à six onces par jour dans les premiers temps ; on augmente graduellement jusqu'à trois ou quatre, et on les rend plus consistants et plus forts si le mieux-être suit leur usage.

» Lorsque l'énergie de l'appétit les prend insuffisants dans la quantité de quatre ou cinq par jour, la diarrhée est terminée, chez les sujets où elle n'est pas trop invétérée. Alors on passe aux soupes ; des soupes on vient aux œufs, aux végétaux tendres et mucoso-sucrés, comme les épinards, les choux-fleurs, etc. ; s'il en résulte des vents, il faut rétrograder.

» S'il y a encore une selle liquide et copieuse dans les vingt-quatre heures, on doit juger que la muqueuse est toujours irritée, puisqu'elle ne laisse pas séjourner les excréments jusqu'à ce qu'ils soient privés de toute leur humidité, ou qu'elle leur fournit assez de mucus pour les empêcher de prendre de la consistance. Si l'un et l'autre indiquent un léger degré de phlogose, il faut se garder d'accorder des aliments plus solides, et revenir, s'il est besoin, à l'usage exclusif des bouillies, des coulis et des bouillons.

» Les *médicaments* qui peuvent concourir, avec le régime, à la cure, se réduisent, pour moi, à quelques stomachiques et aux anodins.

» Lorsque l'éréthisme général du commencement est tout à fait tombé, qu'il reste encore de la douleur locale, je donne des potions faites avec la solution de gomme adragant, et rendues légèrement anodines avec la teinture de Sydenham. Je ne dépasse pas d'abord la dose de douze gouttes, ou bien je fais prendre un demi-grain d'opium le soir. Lorsque les malades sont très nerveux et ont de mauvaises nuits, j'augmente la dose du laudanum jusqu'à cinquante et soixante gouttes, sans inconvénient... Dans le courant de la journée je donne pour boisson la solution de gomme arabique acidulée, et quelques jours plus tard, aussitôt que les désordres sympathiques commencent à cesser, l'eau de riz légère et faiblement édulcorée. Si la soif est encore forte, je l'acidule un peu avec le suc de citron, mais je ne recommande jamais de boire en abondance dans aucune phlogose des voies digestives.

» Lorsque la diarrhée est réduite à une ou deux selles sans douleur, le reste allant bien, je prescris la décoction blanche du Codex militaire, aromatisée ; j'ajoute du vin rouge à l'eau de riz, mais toujours en petite quantité.

» Les autres toniques dont le malade peut faire usage pour favoriser l'action de l'estomac, sont le vin, une décoction amère, comme celle de quinquina, ou bien quelques doses légères d'eau de cannelle, de mélisse ou autre, dans un véhicule adoucissant.

» Le *simarouba* n'a pas, plus que les autres amers, la vertu de guérir les diarrhées. — L'*ipécacuanha*, comme vomitif, ne peut être utile que dans les premiers temps, lorsque la nécessité d'évacuer l'estomac est bien établie. Mais si j'ose exposer mon opinion avec franchise, *je ne lui reconnais aucune vertu antidyssentérique*... Pendant longtemps j'ai fait vomir avec l'ipécacuanha autant de diarrhéïques que j'en traitais par les émollients et la diète ; j'ai souvent vu l'ipécacuanha agir sur le côlon, et rendre la diarrhée sanguinolente et douloureuse, au lieu de l'enlever...

» Je préfère du reste l'ipécacuanha, parce que son action est bornée à l'estomac, et moins perturbatrice que celle du tartrate antimonié de potasse, et non parce que je lui crois une propriété astringente. » (Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, t. III, p. 213 et suiv.)

ARTICLE VI.

Hémorrhagie intestinale.

Nous empruntons à M. Dalmas ce que nous avons à dire sur ce sujet peu connu.

« Ce symptôme n'est pas très fréquent : le scorbut, certaines brûlures très étendues, et la fièvre typhoïde sont peut-être les maladies qui le présentent le plus souvent ; mais dans aucun de ces cas, on ne sait trop encore comment elle se produit, si c'est par rupture de quelques vaisseaux, ou si c'est à la façon des hémorrhagies ordinaires, par exhalation ou par surexcitation de sécrétion. Toujours est-il que cette hémorrhagie, qui, lorsqu'elle est abondante, est annoncée par les signes ordinaires des hémorrhagies internes et par une quantité plus ou moins considérable de sang noir à demi coagulé rendu par l'anus sans douleur ni ténesme ; toujours est-il, disons-nous, qu'elle constitue une complication fâcheuse, et qu'il importe de la reconnaître et de la combattre par les moyens les plus puissants, comme la saignée, les dérivatifs, la glace à l'extérieur et à l'intérieur, les astringents, la limonade sulfurique, etc.

» La rareté de cette espèce d'hémorrhagie, qui n'est, en général, qu'indiquée dans les auteurs, fait que plusieurs points de son histoire sont encore mal connus ; la reconnaître à temps n'est pas toujours facile. Lorsqu'elle est forte, et lorsque le sang coule abondamment par les selles, pour peu que l'on palpe et percute l'abdomen, on pourra, en tenant compte des symptômes généraux, être mis sur la voie ; mais déjà il faut que l'hémorrhagie soit considérable. Une autre difficulté vient de ce que d'autres hémorrhagies peuvent donner lieu à des phénomènes morbides plus ou moins semblables. Ainsi, dans la gastrorrhagie ou hématémèse, tout le sang n'est pas nécessairement vomi, il en passe une partie par les selles ; or, dans l'hémorrhagie intestinale, le sang ne pourrait-il être reporté vers l'estomac et rendu par les vomissements ? Comment, dans ce cas, distinguer l'hémorrhagie qui a lieu par l'estomac, de celle qui a lieu dans les intestins ? Mais ce n'est pas tout : l'hémorrhagie intestinale reconnue, quelle est sa cause ? Un obstacle au cours du sang dans la veine porte, une maladie du cœur, la rupture d'un petit vaisseau, celle d'une tumeur anévrismale, ou bien une simple congestion inflammatoire, etc. ? Tous ces points auraient besoin d'être éclaircis par des faits bien observés. Quant au flux dyssentérique et au flux hémorrhoïdal (voy. l'article *Hémorrhoïdes*), il est toujours facile de les distinguer de l'hémorrhagie intestinale. » (Dalmas, *Dict.* en 30 vol., t. XVII, p. 29.)

ARTICLE VII.

Choléra-morbus.

Le choléra-morbus, que l'on a appelé *trousse-galant*, *passio cholerica* (Cœlius Aurelianus), *cholladrée lymphatique* (Bally), *psorentérie* (Serres et Nonat), *maladie bleue*, *noire*, *fièvre algide grave ;* en indien, *mordezim*, etc., est caractérisé par des vomissements et des déjections d'abord bilieuses, puis blanchâtres, des crampes dans les membres, le refroidissement du corps, le ralentissement du pouls, la teinte bleue, cyanosée de la peau, la suppression des urines. Le choléra est une maladie grave quand elle est sporadique, et souvent mortelle quand elle revêt le caractère épidémique.

Le choléra-morbus, à l'état sporadique, a été observé de tout temps dans les pays

chauds de l'Europe, en Italie, en Espagne, dans le midi de la France, et même à Paris. Il se montre surtout dans les mois d'août et de septembre, dans la saison des fruits et au moment où les nuits et les soirées deviennent fraîches, tandis qu'une forte chaleur règne dans la journée.

Nous admettons trois formes principales de cette affection : la première, le choléra-morbus sporadique d'Europe ; la deuxième qui tient pour ainsi dire le milieu entre l'une et l'autre, et a reçu le nom de *cholérine ;* et enfin le choléra-morbus épidémique, dit *spasmodique*, *algide*, etc. Nous commencerons par le choléra-morbus sporadique.

§ I. Choléra-morbus sporadique (endémique).

Causes. — Les causes principales du choléra sporadique sont : l'âge adulte, l'usage de fruits, fraises, melons, prunes, etc., de mauvaise qualité ou non mûrs, des boissons froides, glacées, prises quand le corps est en sueur, ou immédiatement après le repas et au moment de la digestion, des viandes ou des poissons salés ou fumés, la chair de porc, des moules altérées ou des huîtres de mauvaise qualité ; l'usage du vin doux et nouveau, les œufs de divers poissons, comme ceux du brochet, du barbeau ; l'emploi intempestif de quelque substance purgative ; le passage brusque du chaud au froid, comme il arrive à la suite des journées brûlantes de la canicule, auxquelles succèdent la fraîcheur et l'humidité des nuits ; le passage brusque d'un pays froid dans les contrées chaudes. Une impression morale vive, une terreur subite, un accès de colère, l'acte de la copulation exercé après le repas ont amené quelquefois le développement de cette maladie, qui peut être consécutive à la dentition, à la suppression de la transpiration, de la goutte, de la gale, du rhumatisme, des dartres, etc.

Symptômes. — Les prodromes sont quelquefois à peu près nuls ; cependant on éprouve le plus ordinairement une céphalalgie plus ou moins vive, un sentiment de frisson, de l'amertume à la bouche, des nausées, des éructations acides et de mauvaise odeur, de l'anorexie, de la salivation, une soif ardente, une chaleur vive à l'épigastre, un sentiment de tension, de pesanteur à l'estomac et dans les intestins, des borborygmes, des flatuosités, des tranchées, etc.

« Bientôt surviennent, dit Pinel, des vomissements répétés, d'abord d'aliments à demi-digérés et de matière verte, puis d'une substance plus foncée, verdâtre, brune, et quelquefois noire ; en même temps déjections alvines fréquentes et semblables au vomissement ; sentiment d'une douleur vive, déchirante et brûlante dans l'estomac et les intestins ; anxiété, soif vive, horreur pour les aliments, flatuosités, gonflement ou resserrement de l'abdomen. Cet état est avec ou sans mouvement fébrile ; il s'accompagne fréquemment de contractions spasmodiques dans les jambes, les bras, les doigts, etc. ; s'il est très intense, il survient des défaillances, des palpitations, des syncopes ; le pouls devient petit et à peine sensible ; on est fatigué par le hoquet ; on éprouve un sentiment de froid aux extrémités, tandis que les parties internes sont brûlantes ; la sueur est excessive, souvent froide, et la prostration des forces extrême. » (*Nosographie philosophique*, t. I, p. 76.)

Nous ajouterons à ce tableau vrai et concis du choléra sporadique quelques symptômes qui le rapprochent du choléra épidémique, tels qu'une respiration de plus en plus difficile, l'altération de la voix qui devient rauque et faible, la suppression plus ou moins complète du pouls radial, l'altération profonde et la couleur ictérique ou cyanosée de la face, la diminution et même la suppression complète des urines. Ces symptômes se dissipent peu à peu et assez promptement quand la terminaison doit être favorable ; ils sont remplacés par une sueur abondante et halitueuse, la diminution des symptômes gastro-intestinaux, des vomissements et des selles, des crampes, etc. Si au contraire la terminaison doit être funeste, ces symptômes s'aggravent de plus en plus, et arrivent au plus haut degré ; la chaleur de l'épigastre devient brûlante, la douleur atroce, la dyspnée extrême, la sueur froide et visqueuse, etc.

Marche, durée et terminaison. — Le choléra sporadique marche ordinairement avec rapidité ; sa durée est de une à deux heures à quatre et sept jours ; la terminai-

son la plus ordinaire est le retour à la santé ; quelquefois, mais très rarement, la mort.

Diagnostic. — Nous emprunterons le passage relatif au diagnostic à M. Nonat, qui l'a traité avec soin : « Les maladies avec lesquelles on pourrait surtout confondre le choléra sporadique sont la diarrhée bilieuse et la dyssenterie; d'autres états morbides en imposent quelquefois par leurs symptômes pour la maladie qui nous occupe; elle présente toutefois certains caractères qui la distinguent des autres affections. 1° Elle n'existe jamais sans vomissements; dans la dyssenterie, au contraire, les vomissements sont rares, si ce n'est au début, lorsqu'il survient une inflammation de l'estomac. Le choléra se termine dans l'espace de quelques jours; bien rarement il dépasse le septième jour; la dyssenterie se prolonge davantage, à moins qu'elle n'ait une grande malignité. Dans le choléra, le ténesme n'a jamais autant d'intensité que dans la dyssenterie; la nature des évacuations alvines diffère dans l'une et l'autre affection. La diarrhée bilieuse et le choléra reconnaissent à peu près les mêmes causes; mais ces maladies présentent des symptômes et un pronostic différents. Dans l'une comme dans l'autre il y a des évacuations bilieuses; mais dans le choléra, la diarrhée est toujours accompagnée de vomissements, ce qui n'a pas lieu dans la diarrhée bilieuse. La colique de plomb, en raison des vomissements qui s'accompagnent d'une grande anxiété épigastrique, présente, au premier abord, quelques points de contact avec le choléra ; mais lorsqu'on se rappelle que dans la colique des peintres la constipation est un phénomène habituel, on ne conçoit pas qu'on puisse confondre cette maladie avec le choléra, qui s'accompagne constamment d'abondantes évacuations alvines. Un étranglement interne, le *volvulus* déterminent des vomissements bilieux qui ne sont pas sans analogie avec le choléra; mais ici encore l'absence d'évacuations alvines permettra d'éviter toute méprise. La péritonite s'accompagne quelquefois de vomissements et de diarrhée bilieuse, et d'autres phénomènes qu'on retrouve dans le choléra. Mais si l'on tient compte de la douleur vive superficielle qui existe ordinairement en même temps que la péritonite ; si l'on suit la marche de la maladie, on parvient à distinguer ces deux affections l'une de l'autre. Cependant je dois faire observer qu'il est des cas où les accidents de la péritonite offrent avec ceux du choléra une si grande ressemblance, que le diagnostic est difficile à établir, surtout lorsqu'on est appelé à une période avancée de la péritonite. » (Nonat, *Dictionnaire des études médicales pratiques*, t. III, p. 420.)

La difficulté est plus grande encore quand il s'agit de distinguer le choléra de l'empoisonnement par une substance vénéneuse, telle que le sublimé corrosif, l'arsenic, les champignons, les préparations antimoniales, etc. Dans les deux cas, empoisonnement et choléra, on retrouve des évacuations abondantes par les vomissements et les selles. Les matières rendues sont de même nature; l'ensemble des phénomènes généraux présente l'analogie la plus parfaite; et dans les cas d'empoisonnement par des substances corrosives, antimoine, arsenic, le diagnostic est quelquefois si difficile, que l'on a vu des médecins du plus grand mérite commettre les erreurs les plus complètes. Il suffit de rappeler le cas d'empoisonnement du duc de Praslin par l'arsenic, chez lequel les symptômes furent pris par M. Louis pour des symptômes du choléra-morbus. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1847.)

Pronostic. — Le choléra sporadique est une maladie grave, qui néanmoins se termine ordinairement par la guérison et très rarement par la mort, s'il est traité dès le début d'une manière rationnelle.

Caractères anatomiques. — Des observations nécroscopiques ayant rarement pu être faites à la suite du choléra sporadique, nous renvoyons ce que nous avons à dire à ce sujet au paragraphe relatif au choléra épidémique ; nous en ferons autant pour ce qui regarde la *nature* de la maladie et sa *contagion* ou sa *non-contagion*.

Traitement. — Ici nous aurons au contraire soin d'insister sur les moyens particuliers que l'on doit employer dans le choléra sporadique. Les médecins qui exercent dans le midi de la France ont observé trop fréquemment ce choléra pour n'avoir pas adopté une médication qui est

le plus souvent suivie de succès. Voici ce que nous communique à ce sujet M. le docteur Fabre. « Il n'est pas d'années que je n'eusse à observer à Marseille, conjointement avec mon père, dont la pratique était fort étendue, un très grand nombre de cas de choléra-morbus. J'en ai publié quelques uns dans le *Journal complémentaire des sciences méd.* (année 1826). Un de ces cas même fut si grave, qu'il est resté gravé dans mon souvenir, et que je le rapproche des faits de choléra épidémique que j'ai vus depuis en si grand nombre à Paris.

» C'était en août 1822, sur une garde-malade, âgée de cinquante ans, d'un tempérament bilieux, maigre et faible. Depuis vingt-quatre heures, elle éprouvait des tranchées, quelques nausées, du dévoiement, des crampes légères dans les mollets. Une crise se déclare tout à coup; des vomissements surviennent, les selles se pressent, les crampes acquièrent plus de violence; les extrémités froides, de vives douleurs dans le ventre effraient vivement la malade; elle veut satisfaire la soif ardente qui la dévore, et les vomissements redoublent; d'*elle-même, elle reconnaît que la boisson est contraire à son mal*, et demande des oranges dont elle suce avec plaisir quelques tranches. Le mal paraît se calmer, mais pour revenir avec plus de violence, et l'effet en est si prompt, qu'une heure ou deux suffisent pour la mettre dans un tel état, qu'on aurait dit qu'elle allait expirer dans l'agonie d'une maladie longue et cruelle; ses joues sont creusées, le visage terreux, les yeux ternes, la maigreur extrême. Mon père arrive avec moi, et quelque habitué qu'il soit à observer cette maladie dans ses accidents les plus graves, il est effrayé de l'aspect de la malade, tourmentée d'ailleurs d'un hoquet fatigant, de crampes horribles, de douleurs déchirantes dans l'abdomen, et vomissant sans relâche des matières noirâtres en abondance: il y a *suffusion ictérique* à la peau; le pouls est *presque nul*, les membres *glacés;* la malade ne répond que d'une voix *lente et presque inintelligible*. Une once de sirop diacode est prescrite et avalée d'un trait; deux autres onces prises par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure: les accidents se calment, mais la malade est restée plus de deux mois à se rétablir; elle était d'une maigreur si extraordinaire, qu'il faut avoir vu des exemples pareils pour concevoir qu'une maladie de vingt-quatre heures puisse déterminer un changement aussi notable. (*Journal complémentaire des sciences médicales*, t. XXVI, p. 197, 1826.)

» Voici, du reste, le traitement que j'avais adopté d'après les conseils et l'expérience de mon père. Si j'étais appelé au début de la maladie, que les vomissements et les selles fussent abondants et répétés, je prescrivais d'abord de la limonade, de l'orangeade, froides et prises à petites doses, par cuillerée. Quelquefois, si les boissons froides étaient mal supportées, je donnais de l'eau de tilleul légère et tiède édulcorée avec le sirop de limon, et toujours à petites doses. A ce moyen simple, je joignais une potion à prendre par cuillerée, et dans laquelle je faisais entrer une once (32 grammes) de sirop diacode. Dans les cas rares où la potion anodine n'était pas supportée, je donnais l'extrait gommeux d'opium à la dose d'un centigramme répétée de demi-heure en demi-heure, de quart d'heure en quart d'heure, et plus souvent même, dans tous les cas, je préférais ces préparations d'opium au laudanum de Sydenham, à cause de l'alcool que contient cette teinture. Si les vomissements persistaient, ce qui n'était pas ordinaire, la potion de Rivière était avantageusement prescrite. Pas de lavements, pas d'évacuants; ils sont, en général, nuisibles. Comme moyens externes, je prescrivais, lorsque les douleurs de l'estomac ou des intestins étaient violentes, un emplâtre de thériaque sur la région épigastrique, des fomentations, des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Quand les vomissements résistaient opiniâtrément, suppression complète de toute boisson. Pour tromper la soif, je me contentais ou de faire sucer au malade quelques tranches d'orange bien mûre, ou de lui mettre dans la bouche de très petits morceaux de glace. Grâce à l'emploi de ces moyens simples et variés avec prudence suivant les cas, je n'ai vu aucun exemple mortel de choléra sporadique, et mon père n'a éprouvé non plus aucun ré-

sultat fâcheux dans les cas innombrables de choléra qu'il a eu à traiter dans une pratique de plus de cinquante ans.»

Nous voyons d'ailleurs avec satisfaction les conseils donnés par les médecins les plus éclairés coïncider parfaitement avec ces idées. « Tous les vrais observateurs, dit Pinel, conviennent de la nécessité de se borner à l'usage des boissons délayantes ou acidulées, comme l'eau de poulet, l'eau de veau, les décoctions d'orge, le mucilage de gomme arabique. Dans un cas de cette nature des plus violents et survenu durant les chaleurs de l'été, je me suis borné à l'usage de l'eau de groseille bien sucrée, et la maladie a été terminée au bout de vingt heures. Sydenham faisait boire l'eau de poulet seule ou édulcorée avec le sirop de violette. Il terminait le traitement par quelque calmant, et il fait observer qu'on doit y recourir sur-le-champ lorsqu'on est appelé auprès d'un malade épuisé par des évacuations antérieures.» (*Nosogr. philosophiq.*, t. I, p. 83.)

J.-P. Frank entre à ce sujet dans des détails non moins intéressants et plus étendus. « Les inconvénients de la méthode évacuante, dit ce médecin célèbre, ont été plutôt reconnus de la plupart des médecins dans cette maladie que dans toutes les autres affections réputées bilieuses. On n'appelle guère le médecin qu'à une époque où le malade a déjà éprouvé d'abondantes évacuations; il ne doit donc pas craindre, en les arrêtant, que les saburres soient retenues.

» Lorsque le foyer de la maladie avait été suffisamment évacué, les anciens recouraient aux applications froides sur l'épigastre et aux boissons à la glace. Cette pratique, souvent heureuse dans le choléra, comme dans le vomissement chronique dépendant d'un excès de sensibilité de la part du ventricule, mérite d'être suivie quand la faiblesse ne demande pas des remèdes contraires.

» Les potions antiémétiques préparées avec le carbonate de potasse et le suc de citron ont été vantées par plusieurs médecins. Elles sont quelquefois utiles dans le vomissement; mais elles ne sauraient être préférées à un remède plus sûr dans un cas si grave, où la moindre lenteur peut être funeste.

» Il faut s'empresser d'administrer l'opium sous la forme que l'estomac supporte le mieux. Si ce divin remède a jamais été nuisible au début d'un véritable choléra, ce n'est point en empêchant les évacuations, mais en arrêtant trop brusquement l'agitation convulsive du tube alimentaire, agitation qui veut quelque temps être abandonnée à elle-même. Le mélange de l'opium avec des substances désagréables au goût ou capables de fatiguer par leur quantité l'estomac déjà irrité, une dose trop forte de ce narcotique administré seul, provoquent fréquemment le vomissement. On se borne donc à prescrire d'abord quinze gouttes de teinture thébaïque, ensuite dix gouttes de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à ce que le vomissement cesse; on donne ces gouttes anodines sur du sucre ou dans une très petite quantité d'eau de mélisse ou d'eau commune. Ne suspendez pas l'emploi du remède aussitôt que les symptômes sont apaisés; à moins qu'il n'occasionne l'assoupissement, il doit être continué pendant quelques jours. » (*Traité de médecine pratique*, t. I, p. 506.)

Sydenham ordonnait les lavements et les faisait répéter avec abondance. M. Fabre les signale, au contraire, comme nuisibles et fatigants pour les malades. Il est sur ce point parfaitement d'accord avec J.-P. Frank.

« Ceux qui conseillent, dit cet auteur, les clystères réitérés pour augmenter les évacuations déjà trop abondantes, n'ont jamais vu la maladie dans toute son intensité; ils ne connaissent pas les difficultés que l'on éprouverait à donner au malade, dans l'agitation et l'épuisement où il se trouve, la position que l'administration du lavement nécessite. Toutefois, si les potions opiacées n'arrêtaient pas le flux du ventre, on devrait essayer de donner l'opium dans un demi-clystère préparé avec du bouillon, un jaune d'œuf et l'huile d'amandes. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 507.)

Les saignées sont rarement indiquées dans le choléra. Cependant, chez un sujet jeune et robuste, si le pouls conserve encore de la force, et si les douleurs gastro-intestinales sont violentes, une saignée générale, mais surtout les saignées locales au moyen des sangsues ou des ventouses

sur la région épigastrique ou abdominale, peuvent être prescrites avec avantage. On y joint des emplâtres de thériaque, et si le malade faiblit, des sachets de plantes aromatiques arrosés avec du vinaigre, avec un vin généreux ou l'esprit de lavande, les fomentations, les cataplasmes, etc., et, dans le cas de refroidissement des extrémités, de lipothymies, etc., des fomentations et les frictions continuelles sur les extrémités avec une infusion aromatique vineuse. On pourrait essayer le quinquina associé à l'extrait thébaïque, si le choléra prenait le caractère d'une fièvre intermittente pernicieuse.

Les médecins anglais et américains disent avoir obtenu des succès de l'emploi de doses fractionnées de calomel et d'opium, surtout chez les enfants.

« Quand on est venu à bout, dit encore J.-P. Frank, de dissiper les symptômes, il faut s'occuper à rétablir les forces. Mais prenez garde qu'un remède trop irritant ou désagréable ne réveille les spasmes. Les amers sont les médicaments les plus convenables. On dit que la racine de columbo produit aux Indes occidentales, où le choléra est très commun, des effets avantageux, dans le temps même des évacuations. On peut donc, à l'époque de la convalescence, prescrire sa décoction ou son infusion dans le vin d'Espagne, de Tokai, lorsque le ventre est encore relâché. On administre un peu plus tard la teinture de mars avec l'eau de cannelle. Les aliments doivent être nourrissants, faciles à digérer et pris en petite quantité. L'air de la campagne, la fréquentation d'une société agréable, un exercice modéré complètent la cure. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 598.)

§ II. Cholérine.

Premier degré du choléra épidémique, la *cholérine* le précède ordinairement, et souvent se dissipe sans en être suivie.

Les *causes* sont les mêmes que celles du choléra épidémique.

Symptômes. — Nous en empruntons la description à M. Double. « Malaise général, abattement insolite des forces physiques et morales, insomnie, anxiété épigastrique, sentiment de pesanteur, et quelquefois d'ardeur, qui s'étendait de la région précordiale jusqu'à la gorge; pouls faible, petit, mou et plus ou moins lent, quelquefois fréquent, assez développé, fébrile; nausées, borborygmes; sécheresse pâteuse de la bouche; urines épaisses, rares et rouges; déjections alvines très fréquentes, quelquefois vomissements; les selles sont tantôt sanguinolentes, tantôt jaunâtres, verdâtres ou brunes, mais presque toujours mêlées de mucosités blanches; le plus souvent elles étaient muqueuses, blanchâtres, liquides, semblables à une décoction de riz un peu épaisse. Elles étaient chassées hors des intestins avec force et comme par le jet d'une seringue. Plusieurs malades ont rendu des lombrics; on en a trouvé aussi dans les intestins de quelques cadavres. Le sang tiré des veines était noir, caillebotté, poisseux. M. Bouillaud dit n'avoir jamais observé l'état caillebotté du sang dans la simple cholérine; il laissait séparer peu de sérosité et n'offrait que très rarement des traces légères de la couenne sanguine, cette couche d'un blanc grisâtre qui se forme ordinairement à la surface du caillot. » (*Rapport et instruction pratique sur le choléra*, 1832.)

On voit par la description précédente, à laquelle il serait facile d'ajouter divers développements que le choléra léger, ou la cholérine, a pour caractères principaux des lésions fonctionnelles et sécrétoires de l'appareil gastro-intestinal, lésions qui sont un diminutif de celles qui ont lieu dans le choléra grave. « Dans cette forme, dit M. Bouillaud, on n'observe point ces grandes lésions de la circulation, de la calorification, de la respiration que nous avons notées en exposant la séméiologie du choléra grave. Nous répéterons, du reste, que les symptômes de cet ordre ne constituent point les caractères *essentiels* et primitifs de la maladie, et qu'ils sont réellement subordonnés aux symptômes provenant des lésions de l'appareil digestif. En somme, cette forme confirme pleinement ce que nous avons dit en appréciant les symptômes du choléra grave ou algide. » (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 257.)

Traitement. — Nous n'avons qu'à renvoyer à ce que nous avons dit relativement au traitement du choléra sporadique et du

choléra algide, et nous croyons inutile de revenir sur les moyens généralement indiqués. Nous nous contenterons seulement d'insister sur la nécessité de recourir au plus tôt à ces moyens et d'y insister avec persévérance. Une hygiène bien entendue et une thérapeutique appliquée avec discernement peuvent, dans beaucoup de cas, arrêter les progrès du mal et prévenir la dégénération en choléra grave.

Nous croyons cependant devoir indiquer ici les résultats de l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la *cholérine*, par M. Monneret, et que nous empruntons à la *Gazette des hôpitaux*.

« Le sous-nitrate de bismuth m'a rendu sous ce rapport les plus grands services, et m'a paru bien préférable à tous les autres médicaments, pourvu qu'on l'administre à haute dose. Il convient surtout dans la cholérine, qui est marquée par des nausées, des vomissements, de la gastralgie et de fréquentes évacuations alvines. Je ne compte plus les cas dans lesquels le médicament, administré à la dose de 30 à 40 grammes par jour, a suffi pour arrêter à l'instant même les symptômes précédemment indiqués, sans le secours de l'opium. Il m'a paru plus certain encore dans son action chez les malades qui ont perdu l'appétit, et qui ont depuis plusieurs jours de la diarrhée, des coliques sourdes, des borborygmes et de l'anorexie. Ils sont sûrs d'y mettre fin dans l'espace de quelques heures ; ils peuvent même vaquer à leurs occupations et prendre des bouillons et des potages, à la seule condition d'y mêler quelques cuillerées à café de poudre de bismuth. Les malades sont tout étonnés de retrouver leur appétit et leurs forces sans s'astreindre à un autre traitement. Je ne l'ai jamais vu échouer dans la diarrhée qui règne actuellement. Plusieurs médecins et élèves, qui étaient en proie à cette cholérine, n'ont point interrompu leurs travaux ni même leurs études anatomiques, le sous-nitrate ayant amené une prompte guérison. Il faut en continuer l'usage pendant quelque temps, et l'on est sûr d'être à l'abri de toute rechute, ce qui n'est pas un des moindres avantages de cette médication.

» Le seul inconvénient, bien minime sans doute, est une constipation qu'il est facile de vaincre à l'aide de lavements. Depuis que le choléra a éclaté à Paris, et particulièrement dans nos hôpitaux, je fais administrer le sous-nitrate de bismuth à tous les malades couchés dans mes salles et qui sont en proie à la diarrhée, quelle qu'en soit la cause. Sur quatre-vingt-onze malades, deux seulement ont été pris, l'un de choléra, l'autre de cholérine, et encore dans ce dernier cas la diarrhée avait été dissimulée par le malade. » (*Gazette des hôpitaux*, 21 avril 1849.)

§ III. Choléra-morbus épidémique.

Formes. — Les auteurs ont distingué plusieurs périodes et plusieurs formes du choléra. M. Bouillaud admet un choléra léger et un choléra grave, et assigne au choléra grave deux périodes bien distinctes, savoir : 1° Celle des grandes évacuations gastro-intestinales, de la concentration du sang vers les viscères digestifs ou de l'irritation sécrétoire dont ils sont le siége; 2° celle de la réaction avec ou sans développement des phénomènes appelés typhoïdes (*Traité du choléra-morbus*, Paris, 1832, p. 211). M. Chomel croit devoir être maintenues comme exprimant assez bien les différentes physionomies que peut revêtir le choléra, les formes suivantes : 1° la forme *nerveuse;* 2° la forme *inflammatoire;* 3° la forme *asphyxique* ou avec troubles marqués de la respiration; 4° une *quatrième forme* plus spécialement caractérisée par les accidents du côté de la circulation; 5° enfin une *cinquième* dans laquelle les troubles des fonctions digestives jouent le principal rôle (*Gazette des hôpitaux*, 7 avril 1849, p. 164). M. Gendrin admet trois périodes qui sont : 1° la période phlegmorrhagique; 2° la période cyanique; 3° la période asphyxique ; 4° et pendant ce temps une période sur-ajoutée peut survenir, c'est la période de coction, de crise ou de terminaison de la maladie (*Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1849, p. 152). Pour M. Rostan, après la première période ou période prodromique, viennent la deuxième période ou d'invasion; la troisième à laquelle on donne le nom de période algide ou cyanique; la quatrième période de réaction; et enfin la cinquième, qui con-

siste dans le retour à la santé (*Gazette des hôpitaux*, 24 mai 1849, p. 239). Dans l'*Instruction pratique*, rédigée en 1832 et publiée d'après la demande du gouvernement, nous trouvons ces périodes indiquées sous les noms de périodes : 1° d'invasion ; 2° algide ou de concentration ; 3 estueuse ou de réaction. M. Foy admet six périodes (*Histoire du choléra de Paris*); M. Fabre (*Guide des praticiens dans le choléra*) en admet cinq. M. Cayol en réduit le nombre à deux, période d'invasion et période bleue (choléra algide) (*Instruction pratique sur le choléra*, 1832). Il en est de même du docteur Wolowski, qui les divise en : 1° préludes ; et 2° choléra confirmé, en ajoutant ici deux subdivisions : le choléra *asthénique* et le choléra *inflammatoire*, divisions que l'on peut rapprocher de celles admises par MM. Gerardin et Gaimard. Pour eux, les deux formes sont les suivantes : 1° Choléra algide, bleu, asphyxique, foudroyant, spasmodique, asthénique, etc.; 2° choléra fébrile, inflammatoire, sthénique, etc. (*Du choléra-morbus en Russie*, 1832, p. 119 et 182.)

Symptômes de la période prodromique.— L'invasion du choléra, quelquefois brusque et foudroyante, est le plus ordinairement précédée de prodromes plus ou moins prononcés, et dont les principaux sont la diarrhée ou des vertiges, des flatuosités, de l'abattement, etc. M. Gendrin admet comme constante et sans exception l'existence de ces prodromes; mais la plupart des observateurs, tout en les admettant dans la plus grande généralité des cas, reconnaissent qu'ils peuvent aussi manquer : « Dans quelques cas, dit M. Chomel, l'invasion a été tout à fait soudaine. Tel a été le cas d'un artilleur qui a été pris tout à coup, étant en parfaite santé, de coliques vives, d'une faiblesse extrême, de crampes et de vomissements, et qui a succombé après neuf heures seulement de maladie.

» En 1832, on a observé assez souvent cette soudaineté dans l'invasion; on a vu plusieurs fois des individus sortir de chez eux bien portants, tomber dans la rue, frappés d'une attaque presque foudroyante de choléra, et succomber avant qu'on pût leur apporter les premiers secours. Et quand on a dit que le choléra était toujours précédé d'une période de prodromes, cela est inexact. Sans doute, le plus souvent, les choses se passent ainsi; il y a des prodromes qui précèdent de quelques jours l'invasion des symptômes cholériques; mais quelquefois ces prodromes manquent entièrement; les malades sont littéralement sidérés. On ne s'entend pas très bien, d'ailleurs, sur la véritable signification de ces prodromes. Dans un très grand nombre de cas, ce que l'on appelle des prodromes n'est autre chose que des accidents qui prédisposent au développement de la maladie ou qui en deviennent la cause occasionnelle, tels qu'une indigestion, une émotion vive de l'âme qui porte le trouble dans les principales fonctions organiques. Quant aux symptômes morbides qui se manifestent spontanément sans le concours d'aucune circonstance déterminante, et qui précèdent de plus ou moins près les phénomènes cholériques proprement dits, on aurait tort, le plus souvent, de les considérer comme des prodromes; car c'est déjà le choléra. » (Chomel, *Leçons cliniques sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 3 avril 1849.)

M. Gibert cite dans une note qu'il vient de publier dans le numéro d'avril 1849, de la *Revue médicale*, trois cas bien tranchés de choléra grave survenus sans prodromes.

Quoi qu'il en soit, comme il est reconnu que dans la plupart des cas, les prodromes existent, et que par un traitement approprié on peut espérer d'arrêter, d'enrayer la maladie ou d'en diminuer l'intensité, il est de la plus grande utilité de bien connaître ces prodromes et de les attaquer dès qu'ils apparaissent.

« Les prodromes du choléra, dit M. Gendrin, se présentent sous deux formes : la forme diarrhéique et la forme vertigineuse.

» Les prodromes diarrhéiques sont les plus fréquents; ils existent dans les deux tiers au moins des cas. Ainsi, il survient des coliques plus ou moins obtuses avec des selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures, verdâtres, bilieuses, aqueuses, ou constituées simplement par des matières fécales ramollies; l'appétit diminue; la digestion est troublée, quelquefois cependant d'une manière à peine sensible; à ces symptômes s'ajoute la courbature. Tous ces phéno-

mènes commencent ordinairement six ou huit jours avant l'invasion; il est rare qu'ils durent moins de deux ou trois jours.

» Les prodromes vertigineux sont moins tranchés et ont une durée moins longue. Ainsi, un individu sort bien portant pour vaquer à ses affaires, tout à coup il est pris de vertiges, d'étourdissements, de pesanteur à la tête, de céphalalgie; il secoue cet état de malaise, il le surmonte; quelques instants après, il en est atteint de nouveau, et cette fois cette attaque passagère laisse une fatigue permanente. Quand il y a eu deux ou trois fois dans la journée de ces accidents, la maladie n'est pas loin; quelquefois elle sera déclarée dans quelques heures. Cette forme de prodromes est plus grave que la précédente, en même temps qu'elle est plus insidieuse. » (*Leçons cliniques sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1849.)

A cette énumération assez exacte, nous joindrons quelques autres prodromes que nous avons observés ou qui ont été signalés par les auteurs : ainsi plusieurs fois nous avons vu se joindre aux vertiges, aux borborygmes ou aux premières selles diarrhéiques, un goût plus ou moins prononcé d'amertume, une saveur styptique, métallique dans la bouche; quelques malades accusent une sensation qu'ils comparent à celle que produirait une sorte de réseau ou de filet qui les enserrerait de toutes parts. Dans l'épidémie de 1832, la sensation la plus commune était celle d'une barre qui aurait traversé l'épigastre. Des frissons vagues, des contractions fugitives et peu douloureuses dans les membres et surtout dans les mains et les doigts ont été observés quelquefois.

« Nous avons, dit Broussais, rencontré les débuts gastriques et encéphaliques sans diarrhée bien plus souvent chez les personnes riches, qui vivent d'aliments sains, fortement nutritifs, et boivent de bons vins, que dans la classe malheureuse. Nous avons noté aussi que des yeux secs et déjà rapetissés, une langue large, blanche, longue et déjà un peu froide, réunis à des engourdissements des bras et des jambes, étaient des avant-coureurs certains du choléra, lors même qu'il n'existait ni nausées, ni douleurs d'estomac et de ventre, ni diarrhée.

» Enfin, un dernier signe précurseur, qui ne fait jamais défaut, c'est la mollesse et l'état comme pâteux de l'abdomen, dont les muscles se laissent déprimer par la main qui les presse, sans réagir. Au surplus, ce signe persiste pendant toute la durée de la maladie. » (*Le choléra épidémique*, Paris, 1832, p. 25.)

Les symptômes de début le plus généralement observés par M. Récamier ont été : 1° Une céphalalgie aiguë ou gravative et même accompagnée de vertiges et d'étourdissements; 2° de la gêne, du malaise, et quelquefois de la douleur dans la région épigastrique, dans l'abdomen et la poitrine avec dyspnée; 3° des borborygmes, des flatuosités, de la tendance à une diarrhée stercorale, et enfin de la diarrhée; 4° de la dyspepsie et des menaces de surcharge de l'estomac sans cause suffisante; 5° quelque diminution dans la quantité des urines; 6e moins d'humidité à la bouche chez plusieurs. (*Recherches sur le traitement du choléra*, 1832, p. 35.)

Les mêmes prodromes sont signalés par les médecins qui ont observé le choléra dans l'Inde et dans les diverses contrées de l'Europe, de l'Asie, de l'Afrique ou de l'Amérique; ils en indiquent quelques autres.

M. Coledge, chirurgien anglais, dit qu'on est frappé de la langueur sous laquelle le malade paraît succomber, de l'expression d'anxiété de son visage pâle. M. Prchal, médecin gallicien, signale une douleur entre les omoplates, des cercles bleuâtres autour des yeux; chez plusieurs un obcurcissement de la vue ou une dureté de l'ouïe. L'œil subit aussi quelques changements; il est plus brillant qu'à l'ordinaire, ou bien le regard est celui d'un homme ivre.

Description générale des symptômes caractéristiques du choléra.—Avant d'examiner en détail et séparément les modifications qu'éprouvent les fonctions des différents appareils d'organes, nous allons donner une description générale de la maladie qui permette de la reconnaître au premier abord, et d'en distinguer le plus ou moins de gravité.

« Les symptômes caractéristiques du choléra, dit M. Chomel, accusent dès le début un trouble spécial des fonctions di-

gestives, qui s'étend bientôt et se généralise dans toutes les fonctions de l'économie ; ce sont d'abord des vomissements et des selles. Les premiers vomissements se composent des matières alimentaires que contenait l'estomac au moment de l'invasion ; puis ils deviennent aqueux, blanchâtres, quelquefois laiteux ou lactiformes; tels, en un mot, qu'on n'en voit se produire de semblables dans aucune maladie.

» Il en est de même des selles : d'abord fécales ou bilieuses, et plus ou moins fétides, elles ne tardent pas à prendre un aspect tout à fait caractéristique, et qu'on ne peut méconnaître quand on l'a constaté une seule fois. La comparaison qu'on en a faite avec de l'eau de riz, qui contiendrait des grumeaux de riz très cuits, en donne une idée assez exacte. C'est une sorte de sérosité sans odeur fécale, le plus souvent tout à fait inodore ou d'une odeur fade que l'on pourrait comparer tout au plus à celle du beurre un peu rance. » (*Leçons cliniques sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 3 avril 1849, p. 156.)

Ces évacuations sont généralement accompagnées de frissons, de brisement dans les membres et de nausées. Dans quelques cas, et dès le début, le flux arrive avec une telle abondance, que les malades rendent un liquide séreux d'une manière continue ; d'autres fois, les malades ont des nausées et des vomissements de matières aqueuses, sans efforts et sans douleur ; souvent les vomissements et les selles coïncident, quelquefois ils ont lieu séparément ; les selles seules existent plus souvent que les vomissements seuls ; ces derniers cas peuvent être regardés comme exceptionnels. Quelquefois encore, dans les cas qu'on a appelés *choléra sec*, et dont quelques auteurs nient l'existence, les malades éprouvent de vives chaleurs abdominales et aucune évacuation. Selon M. Gendrin, dans ces cas, l'excrétion manque, mais il n'y a pas moins sécrétion intra-intestinale; le liquide se répand et s'accumule dans le tube digestif, qu'il distend.

« ...... Le malade a une sensation de débilité dans tous les membres qui croît d'instant en instant...... Le pouls devient fréquent, ses diastoles se raccourcissent ; des douleurs vives éclatent sur le trajet des muscles longs d'abord, puis sur tous les autres ; ces douleurs sont intermittentes, s'accompagnent de nodosités contractiles sur le trajet des fibres ; ce sont des crampes tellement violentes quelquefois, qu'elles arrachent des cris aux malades. Quant à leur durée, elle est peu considérable. Les crampes se succèdent à intervalles rapprochés, mais ne sont pas persistantes. Dans quelques cas, les nodosités parcourent, en se succédant, la longueur des membres avec une telle rapidité, qu'il y a une sorte de tressaillement musculaire. » (Gendrin, *Leçons sur le choléra*, *Gaz. des hôpit.*, 31 mars 1849, p. 152.)

« Ces crampes, dit à son tour M. Chomel, ne sont pas seulement bornées aux membres, elles ont lieu souvent aussi dans les parois abdominales et thoraciques, et quelquefois même au diaphragme. Dans quelques circonstances, les crampes amènent une immobilité complète des membres ; d'autres fois elles sont accompagnées de mouvements convulsifs cloniques ; il n'est pas même très rare de voir ces crampes s'étendre jusqu'aux muscles des mâchoires et prendre l'aspect tétanique (1). C'est cependant une des formes les plus inaccoutumées.

» En même temps que se manifestent ces vomissements et ces selles caractéristiques, ces crampes et ces mouvements convulsifs, il survient un changement rapide dans la physionomie des malades. La coloration de la peau change, elle devient bleue ; la figure, les mains et les pieds sont cyanosés ; cette teinte s'observe même quelquefois sur toute la surface du corps. Cette teinte cyanique de la peau indique un trouble considérable dans la circulation et dans la respiration. Les veines superficielles se vident et s'effacent, les artères cessent de battre, les battements du cœur s'affaiblissent. » (Chomel, *Leçons sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 30 avril 1849, p. 156).

Ces symptômes sont accompagnés d'une diminution marquée, et même de la suppression complète de l'excrétion des urines, qui, du reste, lorsqu'elles coulent encore, contiennent de l'albumine. Les autres sécrétions se tarissent éga-

(1) Nous verrons plus loin que M. Bouillaud a observé, à la suite de ces crampes, la luxation de la mâchoire inférieure.

lement : ainsi la cornée, la bouche, le nez deviennent secs et arides ; les excrétions catarrhales même se suspendent ; les forces se dépriment, la face et le corps maigrissent considérablement et d'une manière rapide et caractéristique ; les yeux s'excavent profondément, les traits se rident ; en peu d'heures, des malades jeunes et vigoureux prennent l'aspect de vieillards ou de sujets soumis depuis plusieurs semaines à l'influence d'une maladie aiguë ou chronique grave et prolongée. Le corps fond littéralement et par suite d'une véritable colliquation.

La voix devient cassée, faible, sépulcrale, même dans les cas les moins graves : c'est un des phénomènes les plus constants de cette maladie ; et il est souvent tellement prononcé, qu'il faut approcher de la bouche des malades pour les entendre.

Le refroidissement de la langue, de l'haleine, des membres et du corps est encore un des phénomènes les plus caractéristiques. Le froid que les malades éprouvent n'est pas ce froid accompagné de frissons qui marque le début de la pneumonie et de la plupart des maladies aiguës ; ce n'est pas une simple sensation de froid perçue ; car, pendant que la température de leur corps est presque glacée, ils accusent souvent un sentiment de chaleur, et même de brûlure intérieure qui les porte à se découvrir et à se débarrasser de leurs couvertures. Le corps est en même temps couvert d'une sueur plus ou moins abondante, visqueuse et gluante. La respiration est presque toujours plus ou moins troublée. Les malades se plaignent d'étouffer et demandent avec instance de l'air. La peau perd son ressort et garde les plis que l'on y fait ; elle ne revient que lentement et incomplétement sur elle-même.

Arrivée à ce degré la maladie s'aggrave rapidement ou les symptômes diminuent avec une égale rapidité d'intensité et de violence. Dans ce dernier cas, on observe la diminution des évacuations et le retour de la chaleur du centre à la circonférence, la diminution de la cyanose, la largeur des diastoles artérielles, la turgescence de la face, des bouffées de chaleur vers la tête. La salive reparaît, la soif diminue et il s'établit un véritable état fébrile ; les crampes cessent, la peau s'humecte ; des sueurs surviennent et la guérison a lieu si la réaction est franche et continue. L'issue est moins certaine quand la réaction ne se fait pas d'un seul jet, que l'état fébrile s'établit lentement et se prolonge avec des recrudescences et des sueurs répétées.

Si au contraire, la maladie persiste et s'aggrave, les symptômes continuent ou se dissipent même en partie sans avantage ; les malades tombent dans cet état auquel M. Gendrin a donné le nom de période asphyxique et qu'il regarde avec raison comme le plus dangereux. « Dans cette période, dit-il, la teinte cyanique peut persister, mais elle s'affaiblit au lieu d'augmenter ; le froid est général, le tissu cellulaire ramolli ; les muscles ont perdu leur contractilité en grande partie et la peau sa rétractilité, de sorte que les tissus peuvent être malaxés comme une pulpe molle qui conserve la trace des doigts, et fait éprouver au toucher la sensation d'un corps visqueux et gluant. Les battements des artères deviennent de moins en moins sensibles. La respiration devient courte, haute, l'amaigrissement prononcé ; il y a une vive chaleur dans la poitrine, une vive douleur à l'épigastre, exaspérée par la pression. Chez quelques malades, et surtout chez ceux qui sont soumis à un traitement mal entendu, si on les entoure d'une atmosphère artificielle de chaleur pour tâcher de les réchauffer, les parties superficielles du corps prennent une chaleur insolite, et la mollesse des tissus devient plus prononcée ; les extrémités semblent macérées, la peau est plissée, livide, dans un état de corrugation ; une sueur visqueuse recouvre les tempes et la poitrine ; le pouls disparaît et le malade meurt, passant de la vie à la mort en conservant toutes ses facultés intellectuelles.

» Pendant que ces facultés restent intactes, les organes des sens sont remarquablement altérés ; le malade ne voit plus les objets placés à une certaine distance ; l'ouïe s'affaiblit et s'abolit même dans quelques cas, la voix s'éteint au point que l'on est obligé d'appliquer l'oreille à la bouche du malade pour recueillir les paroles. Une lenteur remarquable s'observe dans la manifestation des idées, il y a affaiblis-

sement des sensations, de leur perception et de l'expression des idées; mais il n'y a pas de délire.

» Dans les formes les plus graves, les paupières sont mal jointes et l'on voit sur le globe oculaire une couche de matières demi-coagulées, à travers laquelle la cornée paraît comme derrière une lame diaphane, et le globe lui-même est enfoncé dans l'orbite.

» Dans cette période, il n'y a plus d'évacuation; les boissons, lorsqu'elles peuvent être ingérées, sont conservées.

» Les seules variations que l'on puisse observer dans cette période consistent en des ecchymoses disséminées. » (Gendrin, *Leçons cliniques sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1849, p. 153).

Nous venons de donner dans le tableau le plus succinct possible, et dont nous avons emprunté en partie les traits à des praticiens exercés, ce qu'on peut appeler la physionomie générale du choléra, et reproduit l'énumération des symptômes qui caractérisent plus spécialement cette maladie. Mais il faut le dire, ces symptômes ne sont pas tellement constants et invariables qu'on n'ait pas à signaler des formes diverses et des expressions variées dans le cours d'une épidémie. Nous croirions rester incomplet, si, avant de passer à l'étude détaillée des altérations qu'éprouve chaque fonction en particulier, nous ne commencions par signaler les différences des groupes de symptômes et des variétés de la maladie.

Ainsi, Broussais qui observait bien et décrivait encore mieux quand il ne se laissait pas fasciner par des idées malheureusement préconçues et par des illusions de doctrine, après avoir distingué la maladie en *primitive* et *secondaire*, selon qu'elle débute de prime abord par le canal gastro-intestinal et les centres nerveux, ou qu'elle se déclare à la suite d'une inflammation aiguë qui est sur le point de se terminer, ajoute que le choléra primitif peut débuter par la section inférieure (gros intestin), par la section moyenne, (intestins grêles) ou par la section supérieure (estomac, duodénum), ou par les centres nerveux. Broussais donne une description succincte et remarquable de ces diverses variétés, description que nous croyons utile de reproduire.

Dans les débuts par la *section inférieure* (gros intestin), qui sont les plus fréquents : « Le malade éprouve de petites coliques fort légères, quelquefois même il n'en éprouve pas, et ressent seulement un léger mal de ventre qui précède une selle. Plusieurs sont saisis tout à coup de cette envie d'aller à la garde-robe; les gros intestins, devenus insensiblement plus irritables que dans l'état normal, semblent s'ennuyer du contact des matières fécales, et les rejettent brusquement, et souvent sans douleur. C'est la première scène morbide. Plusieurs personnes habituellement constipées se félicitent même de cette évacuation; lorsque les intestins se sont vidés des matières fécales, vient aussitôt l'évacuation caractéristique du choléra; elle consiste en une matière comme laiteuse, ressemblant à la décoction de riz, de gruau ou à la solution d'amidon; elle est souvent teinte de bile, mais on y remarque des flocons.

» Alors commencent les coliques, si toutefois elles n'avaient pas précédé; les malades ressentent des crampes dans les extrémités inférieures; ils éprouvent des douleurs dans le dos, dans les lombes; leur urine se supprime, ils sentent bientôt après que l'estomac commence de s'affecter, quelquefois même avec une rapidité étonnante. Tels sont les débuts par la section inférieure du canal digestif.

» Passons à ceux de la *section moyenne* ou des intestins grêles. Les malades éprouvent des borborygmes d'un mouvement très violent; pendant plusieurs jours, ils ont de petites coliques qui varient de place, et ressentent un état de malaise dont ils ne peuvent se rendre compte; cependant ils conservent l'appétit et n'ont pas de diarrhée. Quelques uns sentent des douleurs dans la tête et le dos, de la fatigue dans les muscles du torse, de l'engourdissement, de la pesanteur dans les membres, une lourdeur et une faiblesse qu'ils rapportent à tout le corps, des terreurs, des pressentiments fâcheux; plusieurs sont fort embarrassés pour donner une idée de ce qui se passe dans leur ventre, n'ayant jamais éprouvé rien de pareil. Au bout d'un temps plus ou moins

long, la diarrhée se déclare, et, avec elle, les symptômes que je viens de décrire comme appartenant aux débuts de la section inférieure : le choléra alors se manifeste.

» Nous sommes arrivés aux débuts par la *section supérieure*, dont les exemples sont moins rares que nous ne l'avions cru d'abord. Les malades sont constipés ; ils éprouvent des nausées comme l'on en ressent dans une irritation gastrique ordinaire. Ces nausées augmentent, les malades sont forcés de vomir ; ils vomissent d'abord sans douleur, à moins que l'estomac n'ait été déjà malade, puis avec douleur ; viennent ensuite les crampes des extrémités supérieures. La gorge se sèche, devient chaude, douloureuse ; les malades ont même des crampes dans les muscles de la mâchoire. Ces malades éprouvent aussi plusieurs symptômes des débuts de la section moyenne ; quelques uns ont encore des étouffements qui accompagnent la douleur de l'épigastre ; la face rougit en même temps, de sorte qu'ils paraissent affectés d'une congestion de sang à la base des poumons, dans le cœur et dans l'épigastre ; ils ont toujours les yeux secs et injectés, la physionomie sinistre et les forces prodigieusement abattues. Voyez leur langue, vous la trouverez large, plate, déjà refroidie, et vous remarquerez que les paupières sont déjà trop larges pour le volume des yeux. Dans ces débuts, les malades se plaignent toujours d'une faiblesse et d'une pesanteur générale qui les jettent dans la plus vive terreur.

» Il y a encore un autre début qui se manifeste par les *centres nerveux*. Les malades n'ont pas de dérangement dans le canal digestif, du moins ils ne les accusent pas. Ils éprouvent tout à coup un tournoiement de tête, un étonnement extraordinaire, et tombent sans connaissance. Dans plusieurs épidémies, on a vu ce début être mortel. S'il ne l'est pas, les malades revenus à eux restent toujours excessivement prostrés, et se plaignent d'avoir tout le corps comme paralysé. La tête leur reste pesante, douloureuse, la face rouge ; ils se sentent importunés par un soulèvement continuel de l'estomac, qui les menace de vomissements et sont fort tristes. Ceux qui étaient sujets aux douleurs rhumatismales sentent de l'engourdissement dans les muscles du cou, et croient être repris de *leur rhumatisme*.» (Broussais, *Le choléra-morbus épidémique*, Paris, 1832, p. 22.)

Lorsque la maladie débute par la lésion des centres nerveux, dit ailleurs encore le célèbre professeur du Val-de-Grâce, les malades éprouvent tout à coup un bouleversement dans le bas-ventre, un sentiment d'ardeur, de feu ; il leur semble que des lignes de feu se rencontrent vers leur épigastre ; tout leur sang semble se porter dans l'intérieur du ventre. D'autres croient éprouver des espèces d'étincelles électriques extrêmement douloureuses, à la suite desquelles se développe une chaleur extraordinaire et insolite. Viennent ensuite un accablement excessif, une faiblesse musculaire subite, au point que le malade ne peut plus se mouvoir ; il lui semble être une masse de plomb ou de pierre ; il ne peut agiter que ses bras et ses jambes, et il les agite beaucoup, tandis que son torse est immobile : mais il en est dont les membres sont déjà lourds et comme paralysés. Les selles ne sont pas très douloureuses ; elles ne se font pas avec ténesme, comme dans les dyssenteries ordinaires ; elles ont lieu, pour ainsi dire, à l'insu du malade. Les coliques n'en existent pas moins ; mais ce ne sont pas elles qui expulsent les selles, cela n'a lieu que dans peu de cas ; les coliques ne coexistent même pas quelquefois avec les selles, mais les douleurs de ventre se rencontrent presque toujours. Les crampes sont très douloureuses ; c'est ce qu'il y a de plus fatigant pour le malade et ce qu'il redoute le plus ; elles sont si violentes qu'elles font pousser des hurlements à plusieurs. Ces crampes ne se bornent pas à attaquer les membres, elles se manifestent aussi dans les muscles du tronc, dans les longs dorsaux, etc. ; chez quelques sujets, il existe un état tétanique.

« Toutefois il faut noter que la roideur convulsive cesse d'être considérable aussitôt que le choléra est bien prononcé. Cette maladie amène toujours la faiblesse et la mollesse des fibres musculaires, et l'on est tout étonné de ne point sentir de résistance dans des musles tendus par les crampes et où les malades disent ressentir

de vives douleurs. Nous avons même noté des cas où la flaccidité des muscles se déclarait dès le début de la maladie, et l'on est parfois tout étonné d'observer une immobilité complète dans des membres où les cholériques disent éprouver d'atroces douleurs.

» Une ardeur considérable est ressentie à la région de l'estomac et dans toute l'étendue de l'épigastre; cette douleur oppresse les malades, les occupe plus que les coliques, les empêche de respirer et leur fait pousser des soupirs et des sanglots. Ils demandent qu'on leur redresse le dos; ils ouvrent largement la bouche; ils se plaignent d'être près de suffoquer. Cette douleur de l'épigastre coïncide avec une coloration très vive de la face. Les vomissements la suspendent, et plusieurs malades les désirent et les provoquent; l'anxiété va toujours croissant. C'est avec ces derniers symptômes que l'on observe des crampes des bras, des doigts, de la mâchoire, même quelquefois des muscles des yeux et de tous les muscles supérieurs. Il faut joindre à ces sensations celle d'une sécheresse et d'une ardeur dans le gosier, dont le mucus est tenace et la muqueuse fort injectée.

» Les yeux sont excavés, rétrécis, secs, atrophiés; au bout de quelques heures, l'œil semble réduit d'un quart, quelquefois de la moitié de son volume, de telle sorte qu'on remarque un espace entre la paupière et le globe de l'œil; la graisse de l'orbite semble se fondre, se résorber en peu d'instants; les yeux semblent se retirer vers la nuque, comme s'il y avait un fil qui les tirât en arrière: c'est un aspect hideux! A mesure que la maladie avance, ce symptôme fait des progrès; les yeux prennent une couleur rougeâtre, noirâtre; la cornée devient opaque; le malade n'y voit plus lorsqu'il est sur le point d'expirer: ce sont là les *yeux cholériques* des auteurs.

» aL face présente aussi un aspect particulier; elle maigrit avec une grande rapidité; elle est grippée d'une manière qui lui est spéciale ou bien elle est sans expression; elle prend une couleur livide marquée et qui se prononce de plus en plus. Les extrémités se refroidissent, la langue est d'ordinaire pâle, large, plate et froide au toucher. La respiration est froide, la parole difficile, sépulcrale, basse; les *paroles sont plutôt soufflées qu'elles ne sont prononcées;* les malades se tiennent dans une attitude immobile sur le dos lorsque la prostration a fait des progrès; mais dans le début et vers la fin, lorsque le traitement leur a rendu un peu de force, ils s'agitent et ne peuvent tenir dans aucune position. Mais lorsque la prostration est arrivée au comble, si vous les forcez de se mettre sur le côté, bientôt ils ne peuvent plus y tenir, et vous supplient de leur permettre de se coucher sur le dos, la tête en arrière, le torse et la poitrine soulevés en avant. Pendant que le tronc est ainsi immobile, ils agitent leurs membres, se découvrent la poitrine, se plaignent d'un feu intérieur qui les oblige à enlever les cataplasmes et autres corps chauds qu'on leur applique sur l'épigastre; ils se portent aussi d'un côté et de l'autre de leur lit, en se roulant, car ils ne peuvent se soulever en masse. Ils sont, en un mot, dans une espèce d'agitation laborieuse et lourde qui a vraiment quelque chose d'effrayant.

» La couleur devient plus brune; elle passe au livide, commence par les extrémités, avance graduellement jusqu'au torse; elle ne respecte rien, pas même la poitrine, quoiqu'on l'ait dit. Cette couleur varie suivant les personnes; les bruns ont toujours la cyanose plus pure; ils sont noirs, bleuâtres; les individus d'une constitution sanguine ou lymphatique, d'une peau transparente, sont plutôt colorés d'une espèce de jaune, de mauvais doré, qui se répand sur leur peau. Chez quelques uns il y a une teinte ictérique. Chez certains sujets, la cyanose ne se remarque d'abord que le long du trajet des veines du plan superficiel, de manière qu'ils paraissent comme marbrés.

» Le pouls, d'abord petit, disparaît plus ou moins rapidement. Plus il y a d'angoisses, de tortures intérieures et d'évacuations, plus il faiblit promptement. Comme la mort dépend spécialement, dans cette affection, de l'asphyxie, c'est-à-dire du défaut de pouls, ces malades sont comme foudroyés; on les voit mourir souvent en deux ou trois heures, quelquefois même dans une heure. Il meurt ainsi

beaucoup de vieillards qui ont passé soixante-dix ans, et nous avons vu succomber de cette manière des jeunes gens qui venaient de commettre des excès en vin et en femmes. Il ne s'opère point en eux de réaction, et ils arrivent bientôt à l'agonie et à la mort.

» Le pouls offre des variétés dignes de remarque sous le rapport de la fréquence : il est lent chez les sujets où prédomine l'irritation des intestins, et offre une extrême fréquence chez ceux où l'estomac est la partie la plus affectée. Quoi qu'il en soit, cette fréquence signale une des nuances les plus intenses et les plus rapides du choléra.

» Le pouls est quelquefois tel que les malades conservent encore de la force ; on en voit même qui se lèvent, qui se jettent d'un endroit à un autre, ce qu'on peut attribuer aux douleurs. Plus aussi les crampes sont considérables, plus prompt est l'épuisement et plus tôt arrive la cessation du pouls qui est suivie immédiatement de la cyanose, mais avec une célérité différente selon que la marche de la maladie est plus ou moins rapide. Lorsqu'on explore avec le stéthoscope le cœur des personnes atteintes de cyanose, on sent un léger frémissement semblable à celui qui se fait remarquer chez un agonisant.

» Il ne faut pas oublier la mollesse des parois de l'abdomen qui se prononce de plus en plus et devient telle que le tact ne peut plus distinguer les muscles du tissu cellulaire extérieur qui les recouvre. Ces muscles n'opposant plus de résistance à la main qui les déprime, l'abdomen semble pâteux au palper, et souvent la pression n'y développe aucun sentiment douloureux.

» Pour compléter le diagnostic, dit encore Broussais, il faut faire une plus grande attention aux évacuations qu'aux douleurs. C'est que rien n'est variable comme la sensibilité en général, et surtout celle des viscères et des organes intérieurs. Nous avons vu des cholériques mourir presque sans souffrance, en rendant des évacuations très abondantes, et devenant noirs ; et d'autres au contraire qui s'agitent, se tourmentent beaucoup, souffrent considérablement dans leurs membres, sans qu'il y ait excès d'évacuations. La douleur des crampes varie aussi beaucoup, suivant la sensibilité des individus : quelques sujets la supportent patiemment, d'autres poussent des hurlements.

» Du reste, tant qu'un malade ne vomit que les aliments, la bile ou la boisson qu'il vient de prendre, on ne peut pas dire que son vomissement est cholérique. De même, tant qu'il ne rend, par les voies inférieures, que le résidu de sa digestion, les matières fécales, il n'y a là rien de cholérique. Mais lorsqu'après ces évacuations du contenu du canal, on voit apparaître la matière caractéristique, c'est-à-dire un liquide ressemblant à une solution de fécule, ou à de l'eau blanche laiteuse dans laquelle flottent des flocons de mucilage opaque, on ne peut plus douter de la nature cholérique de la maladie. Cette matière, d'abord d'une odeur fade, devient fétide et change de caractère pendant la progression de la maladie ; elle s'épaissit lorsque la maladie dure longtemps, tandis qu'au contraire, dans le commencement, elle est extrêmement liquide, extrêmement abondante, copieuse, surtout par les selles ; on l'entend faire du bruit, bouillonner dans l'intérieur des intestins ; elle sort avec une grande rapidité et *par explosion ;* on la reconnaît toujours aux flocons gélatineux, albumineux qu'elle présente. Chez quelques malades les évacuations bilieuses ont persisté jusqu'à la fin ; chez d'autres la matière cholérique offre une teinte rougeâtre.

» Les autres excrétions doivent être également examinées : la peau est froide et la transpiration paraît nulle ; l'urine est supprimée aussitôt que la maladie a revêtu son caractère distinctif ; il se fait dans l'arrière-bouche une sécrétion de matière visqueuse dont l'excrétion est pénible et provoque la nausée ; les yeux sont secs d'abord, puis ils deviennent chassieux et se couvrent d'une mucosité blanchâtre qui les ternit et les fait ressembler à ceux d'un agonisant. » (Broussais, *Le choléra épidémique*, Paris, 1832, p. 28 et suiv. *passim.*)

Ainsi, en résumé, évacuations par le haut et le bas de la matière cholérique, affaiblissement de la circulation, disparition du pouls, asphyxie, refroidissement de tout le corps, cyanose, suppression de toutes les excrétions, à l'exception de celles

du tube digestif, état des yeux dit *cholérique*, raucité particulière de la voix, flaccidité des muscles de l'abdomen, crampes, etc. : tels sont les principaux symptômes auxquels on reconnaîtra l'existence du choléra (1).

Nous avons indiqué les cinq formes admises par M. Chomel : nous croyons devoir joindre au tableau présenté par Broussais des diverses variétés qu'il admet, ce que le professeur de l'Hôtel-Dieu a fait connaître dans ses leçons sur les différences qui signalent les formes qu'il a observées, et sur les phénomènes communs qui les confondent. Nous compléterons ainsi le tableau de la maladie.

« Toutefois, dit-il, malgré cette diversité apparente de la physionomie de la maladie, il y a un petit nombre de phénomènes qui sont constants et dont la présence seule suffit pour faire reconnaître la maladie et pour rattacher tous les symptômes variés dont nous parlons à un type commun, quelque étrangers qu'ils y paraissent au premier abord. Ces phénomènes constants sont : la cyanose, teinte violacée de quelques parties du corps et spécialement de la face, qui se manifeste avec une intensité variable et persiste plus ou moins longtemps ; la diminution ou la suppression des urines, qui est peut-être un peu moins constante que la cyanose et que je place à cause de cela en seconde ligne ; l'altération de la voix. Ce dernier symptôme manque en effet très rarement. C'est tantôt une aphonie complète, d'autres fois un simple voilement de la voix avec raucité, qui n'est qu'un degré plus faible de l'aphonie.

» Ainsi, cyanose, suppression des urines, aphonie, tels sont les phénomènes que l'on peut considérer comme constants. Le refroidissement du corps s'observe aussi dans le plus grand nombre des cas, mais il n'est pas assez constant pour être mis sur la même ligne que les précédents. Les autres phénomènes qui viennent ensuite par ordre de fréquence sont les déjections alvines et les vomissements blanchâtres. Ils sont très fréquents, mais cependant pas assez constants pour pouvoir être considérés comme pathognomoniques. Bien que les déjections aient en général un aspect caractéristique, on se tromperait quelquefois cependant si l'on croyait y retrouver toujours ces caractères. Les vomissements ont souvent la couleur des boissons ; chez quelques sujets, ils sont mélangés d'un peu de sang, plus souvent d'un peu de bile ; les premières déjections contiennent quelquefois des matières fécales.

» Outre ces symptômes d'une perturbation violente des fonctions digestives, il en est d'autres qui ne sont pas moins remarquables : c'est une soif vive, un sentiment d'ardeur et de chaleur excessive à l'estomac, la sensation d'une barre qui traverserait la région épigastrique ; ce sont des douleurs très vives d'estomac s'exaspérant quelquefois à la pression, et pouvant en imposer à des yeux peu attentifs pour une gastrite. Chez quelques malades, le ventre s'aplatit beaucoup ; chez d'autres au contraire, mais c'est le cas le plus rare, le ventre est distendu par les gaz, et la pression y détermine du gargouillement. Ainsi : nausées, vomissements et selles caractéristiques, coliques, douleurs dans toute l'étendue du ventre, chaleur ardente dans l'estomac avec sentiment d'un poids ou d'une barre qui l'oppresse, tels sont en général les accidents dont les organes digestifs sont le siége, et qui constituent, avec les caractères précédents, l'ensemble des caractères les plus con-

(1) On nous permettra de citer ici un passage de poésie, dans lequel le docteur Fabre a retracé d'une manière énergique et frappante de vérité les principaux caractères du choléra.

Voyez ce malheureux courbé sur son baquet,
Les yeux caves, vitrés, s'épuiser en hoquet ;
Cet autre sans repos pousser des cris terribles ;
Sur lui-même tordu par des crampes horribles,
Ses muscles, contractés d'un affreux tétanos,
Sur son lit ébranlé font craquer tous ses os.
De cette masse d'eau qu'il vient de boire toute,
Son rein ne reçoit pas, ne rend pas une goutte ;
Et vous n'entendez plus, au pied du lit placé,
Un mot de cette voix dont le timbre est cassé.
Approchez, approchez, de cette bouche humaine
Recevez sur vos mains la haletante haleine,
Ah ! que de ses poumons, l'air qui s'échappe est froid !
Que sa langue est visqueuse et glace votre doigt !
Froissez donc cette peau de violet fardée,
Et qui garde les plis dont vous l'avez ridée ;
Et cherchez vainement dans ce poignet perclus
Une artère qui fuit, un pouls qui ne bat plus.

(*Némésis médicale*, 2e édit. Paris, 1840, t. I, p. 79.)

stants de la maladie et quelquefois même les seuls symptômes; car, ainsi que nous l'avons dit dans notre précédente leçon, les crampes, bien que considérées comme caractéristiques, manquent quelquefois.

» Chez quelques individus, c'est la dyspnée qui constitue, dès le début de la maladie, le symptôme prédominant, dyspnée qui est portée jusqu'à la suffocation ; c'est la forme respiratoire ou asphyxique.

» Chez d'autres c'est la circulation qui est le siége principal, sinon exclusif, des phénomènes cholériques : cyanose, ralentissement de la circulation; taches ecchymosiques déterminées par la compression, puis disparaissant avec lenteur ; effacement des veines de la surface du corps; diminution telle des battements artériels qu'ils se soustraient entièrement à l'exploration ; battement du cœur d'une faiblesse extrême. Quelques individus meurent ainsi dans un véritable état de défaillance. Quelquefois c'est par une véritable syncope que débute la maladie. On voit des individus tomber en défaillance et mourir sans qu'il se manifeste aucun autre symptôme. Nous avons eu ces derniers jours, dans la salle des femmes, une blanchisseuse chez laquelle la maladie a débuté de cette manière. Pendant qu'elle était à laver au bateau, elle a été prise inopinément de défaillance, et a été portée dans cet état à l'Hôtel-Dieu. Ce n'est que lorsqu'elle est revenne à elle que se sont produits successivement des vomissements, de la diarrhée, des crampes. Il semble que, dans ces cas, le principe délétère de la maladie se porte tout entier sur les organes de la circulation.

» Tels sont au plus haut degré les caractères de la forme que nous avons appelée forme circulatoire.

» L'altération ordinairement si profonde de la calorification est liée à l'état de la circulation. Ce rapport n'est cependant pas toujours exact. Dans quelques cas, la calorification semble être directement atteinte, indépendamment de l'influence qu'exerce sur elle la circulation ; elle est profondément altérée alors que la circulation conserve encore une partie de son activité. J'ai vu, en 1832, un malade pris d'un froid glacial de tout le corps, sans aucun autre phénomène particulier. Ce malade eut une convalescence qui dura cinq mois.

» La forme nerveuse se traduit par des troubles particuliers de l'innervation : douleurs vives de l'estomac ou bien spasmes convulsifs, soubresauts des tendons ; convulsions atoniques ou toniques, générales ou partielles, fréquentes, passagères ou continues ; convulsions affectant alternativement les muscles extenseurs et fléchisseurs, quelquefois limitées à un seul ordre de muscles, etc. Ces convulsions vont, dans quelques cas, jusqu'au tétanos. En 1832, j'ai vu succomber des sujets dans un véritable état tétanique. D'autres fois ce sont des douleurs atroces que les malades ressentent dans les membres, douleurs telles que tout mouvement devient impossible. On peut voir, en un mot, se produire tous les phénomènes si variés qui émanent du système nerveux, et qui accusent une perturbation dans les fonctions du sentiment et du mouvement.

» La forme inflammatoire se manifeste soit par quelques symptômes de phlegmasie locale, affectant plus spécialement l'estomac ou les intestins, soit par les symptômes de la fièvre inflammatoire : pouls plein et large, rougeur et turgescence de la face ; chaleur de la peau, céphalalgie, etc.

» Nous venons de voir quelles sont les formes principales sous lesquelles le choléra se manifeste, formes dont la connaissance n'importe pas moins au point de vue thérapeutique, comme on le verra plus tard, qu'au point de vue nosologique. Mais, quelle que soit celle de ces formes qu'il revête, le choléra ne sévit pas toujours avec la même intensité. Celle-ci peut beaucoup varier, et elle varie même en raison de ces diverses formes. Parmi les malades récemment entrés à l'hôpital, nous en avons vu quelques uns qui ont eu un choléra très intense. Un artilleur, bien portant dans la journée et ayant fait son service, est pris à sept heures du soir des premiers symptômes; il est apporté à l'Hôtel-Dieu à onze heures dans un état algide complet ; il succombe à trois heures du matin, c'est-à-dire en moins de neuf heures. En 1832, nous avons vu des cas plus intenses et plus rapides encore. On voyait des individus frappés et succomber en quelques

instants, ainsi que nous en avons rapporté quelques exemples dans notre précédente leçon. En général, dans les faits dont nous avons été témoin depuis quelques semaines, soit à l'Hôtel-Dieu, soit en ville, la maladie n'a pas duré moins de sept à huit heures, et dans tous ces cas c'était dans la forme tétanique, convulsive ou syncopale, qu'ont succombé les malades.

» A côté de cela il y a eu des cas très légers. »

§ IV. Choléra chronique.

« Il nous reste enfin, pour compléter l'histoire des formes du choléra, à parler de la forme chronique de cette affection, forme rare et qui n'est pas indiquée par les auteurs, mais dont nous avons cependant observé plusieurs exemples en 1832. Elle est caractérisée par des douleurs épigastriques, des nausées, acidité de l'haleine, vomissements caractéristiques, quelquefois bilieux, accélération du pouls, faiblesse, délire, assoupissement, symptômes auxquels on ne peut assurément méconnaître l'influence cholérique ; elle se termine le plus ordinairement par la mort. J'en ai vu 18 à 20 cas vers la fin de l'épidémie de 1832. Sur ce nombre, 2 ou 3 seulement ont survécu, les 16 ou 17 autres succombèrent. » (Chomel, *Leçons sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 7 avril 1849, p. 164).

§ V. Diarrhée cholériforme, ou choléra des enfants.

Nous empruntons à M. Trousseau la description de cette maladie chez les jeunes enfants, et renvoyons, pour compléter la citation, à la partie de l'article relative au traitement :

L'enfant vient d'être sevré, ou tette, ou fait des dents ; on lui laisse une diarrhée utile, suivant la nourrice et certains médecins, qui pensent, d'après Sydenham, que l'enfant qui fait des dents ne doit pas avoir le ventre resserré. Il est très mauvais que les enfants en cet état aient la diarrhée, et il faut s'en garder comme de la peste. Quand elle ne dure qu'un jour ou deux, ce n'est rien ; mais si elle dure plus longtemps, arrêtez-la, vous vous en trouverez toujours bien. Lorsqu'on ne se préoccupe pas de cette diarrhée, elle dure huit jours sans que l'enfant souffre d'une manière notable, sans qu'il devienne plus maigre. Mais tout à coup, sans rien de préalable, surviennent des vomissements violents et une diarrhée séreuse très abondante ; l'enfant pousse des cris terribles, ses yeux sont excavés, sa peau cyanosée, la peau et la langue sont froides, les téguments ont perdu leur élasticité et conservent les plis si on les pince. Si l'enfant était gras, immédiatement toutes les parties de son corps (le ventre, les fesses, les cuisses) deviennent molles, flasques et chiffonnées ; le pouls est d'une fréquence excessive, très petit et quelquefois insensible. Vous voyez tout de suite à cela l'état cholériforme.

« Les vomissements sont verdâtres comme une dissolution de cuivre ; puis la diarrhée prend les mêmes caractères et devient complétement aqueuse, il semble que c'est de l'urine. L'enfant pousse des cris continuels ; il agite ses membres, et n'a pas une seconde de calme. Quelquefois la diarrhée s'arrête net, et les vomissements deviennent plus violents, quelquefois la diarrhée et les vomissements s'arrêtent, et les accidents persistent comme dans le choléra. Les cris deviennent de plus en plus faibles, et la voix devient fêlée comme chez les cholériques. C'est pour cela qu'on appelle cette affection diarrhée cholériforme, ou choléra des enfants. Cela dure de quelques heures à quelques jours, ordinairement de vingt-quatre à quarante-huit heures, et la mort arrive. On peut estimer qu'il meurt au moins la moitié des enfants qui en sont atteints ; c'est donc une maladie excessivement grave. » (Trousseau, *Histoire thérapeutique des diverses espèces de diarrhée*, *Gazette des hôpitaux*, 1er septembre 1849.)

Reprenons maintenant les unes après les autres les modifications imprimées par le choléra dans les fonctions des différents appareils, en ayant soin de n'insister que sur les détails importants. Ici nous suivrons encore des guides éclairés, et nous puiserons largement dans les publications faites par MM. Bouillaud, Chomel, Andral, Rostan, Gendrin, Piorry, etc.

Habitude extérieure. — M. Bouillaud, à qui nous emprunterons une partie des détails de l'examen des diverses fonctions,

a tracé avec tant de précision et de vérité le tableau de ce qu'on peut appeler réellement la *physionomie* du choléra, que nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire textuellement le passage qu'il y consacre :

« Les symptômes fournis par l'habitude extérieure, dit le professeur de la Charité, forment par leur ensemble une sorte de *physionomie* qui caractérise si distinctement la maladie, que l'on ne saurait se dispenser d'en esquisser le tableau, sans encourir le reproche d'avoir manqué la description du choléra-morbus. Or, c'est surtout sous le rapport de cet ordre de symptômes que l'on peut dire, avec M. Magendie, que le choléra intense *cadavérise*, en quelque sorte, subitement les malades. Le visage s'*hippocratise*, et prend un aspect vraiment hideux ; les tempes et les joues se creusent, le nez s'effile, les poils de l'entrée des narines se recouvrent d'une matière pulvérulente ou floconneuse, comme dans la fièvre typhoïde avancée ; secs, ternes, et comme inanimés, les yeux sont enfoncés dans les orbites, et cernés par un cercle violet, livide ou même noirâtre ; bientôt ils se renversent en haut, restent entr'ouverts, et la portion de la sclérotique qui n'est plus recouverte par les paupières s'irrite d'autant plus facilement par le contact de l'air, qu'elle est déjà desséchée par le fait de la maladie, s'injecte, et de là ces taches rouges, sanglantes, ces espèces d'ecchymoses ou de meurtrissures qu'on observe chez tant de sujets. La face est froide, recouverte d'un léger enduit visqueux, violette, bleuâtre ou livide, surtout aux lèvres ; la teinte *violette* ou *cyanique* du visage ne tarde pas à s'emparer de plusieurs autres parties, telles que les mains, les pieds, les parties génitales externes ; et il est même quelques cholériques dont presque tout le corps offre cette coloration à un degré très prononcé, en même temps que ce froid glacial et cet enduit visqueux dont nous avons déjà parlé, en sorte que la sensation que l'on éprouve en touchant les malades rappelle celle que produit le toucher du bout du nez d'un chien, ou de la peau d'un batracien. Le volume du corps en général, et celui du visage et des membres en particulier, diminue en très peu de temps d'une manière extraordinaire : et de là quelques phénomènes singuliers : ainsi, des individus encore jeunes présentent l'aspect de vieillards, par suite de l'affaissement des traits, et des rides qui sillonnent la peau devenue tout à coup trop large, en raison de l'amaigrissement signalé tout à l'heure ; les plis que l'on forme sur cette membrane s'effacent lentement ; les anneaux que certains malades portaient aux doigts, devenus trop grands, tombent de ces parties. Cette rapide et très notable diminution du volume des parties *cyanosées*, violacées, est un fait important qui distingue cette coloration anormale de celle qui a lieu dans d'autres états morbides, comme l'*asphyxie* proprement dite, celle qui est l'effet de certaines maladies du cœur et des poumons, etc. ; car, dans ce dernier cas, le volume des parties violettes, livides, bleuâtres, est plus ou moins augmenté et non diminué.

» Les cholériques exhalent autour d'eux une odeur de même nature que celle des évacuations alvines, odeur tellement caractéristique, que, dans bien des cas, elle suffirait pour faire reconnaître la maladie. Cette odeur *cholérique* provient à la fois et des matières *évacuées*, et de l'*haleine*, et peut-être aussi de la *transpiration cutanée*. » (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 250.)

Appareil digestif.—Langue pâle, froide, livide, comme chez les noyés, plate, amincie, quelquefois sèche, râpeuse, rouge ; appétit nul, soif ardente, inextinguible ; appétence des boissons froides, répugnance ordinairement pour les boissons chaudes et trop sucrées ; éructations, envies de vomir ; vomissements de matières blanchâtres, floconneuses, etc., fréquents, coup sur coup ; malaise, anxiété, *oppression* à l'épigastre et aux hypochondres ; constriction à l'œsophage ; bruit humorique ou son tympanique à la région épigastrique. Douleurs à l'abdomen, coliques plus ou moins vives, avec borborygmes, gargouillements plus ou moins bruyants ; ventre déprimé, offrant l'empâtement que nous avons indiqué ; pression souvent peu douloureuse ; son mat à la percussion, tympanique ou humorique, suivant que les intestins ne contiennent que des liquides ou des gaz, ou un mélange des uns et des autres ; bruit de fluctuation dans ce cas à la

succussion. Coliques quelquefois très violentes, atroces, arrachant des cris. « Envies incessantes d'aller à la garde-robe; déjections claires comme de l'eau, rendues brusquement; ce qui, pour nous servir de l'expression des malades, dit M. Bouillaud, fait dire que leur ventre coule comme une fontaine, ou que les selles partent comme une fusée Quelques uns, tourmentés à la fois par le double besoin de vomir et d'aller à la selle, sont obligés de garder continuellement un bassin sous eux et une cuvette sur leur lit; autrement ils en inonderaient leurs draps : le nombre des selles, dans les vingt-quatre heures, est de quarante, cinquante, et même au delà.

» La matière des déjections alvines est ordinairement un liquide floconneux, grumeleux, blanchâtre, justement comparé à une décoction de riz un peu trouble, ou bien à du petit-lait non clarifié; les selles de cette espèce sont quelquefois suivies de déjections alvines d'un liquide briqueté, chocolat, rougeâtre, évidemment sanguinolent; tandis que les déjections de la première espèce sont le plus souvent inodores ou n'exhalent du moins qu'une odeur fade, spermatique, un peu nauséabonde, celles de la seconde espèce répandent ordinairement une odeur fétide, qui se rapproche, chez quelques malades, de l'odeur de la gangrène. » (*Traité pratique*, etc., etc., *du choléra-morbus de Paris*, 1832, p. 213.)

Appareil de la circulation.— Le pouls radial est petit, filiforme, nul; le plus souvent il oscille entre 72 et 80, et descend quelquefois à 56 (Rostan) En général, le gauche disparaît plus tôt; plus tard les battements cessent dans les artères plus volumineuses, telles que la brachiale, la carotide, la crurale, etc.; il est fréquent, de 120 à 130 pulsations par minute, et présente rarement de l'irrégularité. Les battements du cœur, ordinairement faibles, coexistent avec la cessation des pulsations radiales et autres; quelquefois ils sont très forts et soulèvent les parois de la poitrine avec une certaine violence, et cependant le pouls a cessé complétement à l'artère radiale. On a, dans quelques cas, observé la suspension presque complète du mouvement circulatoire, sans que pour cela la mort soit arrivée.

M. Bouchut a étudié les *bruits du cœur*, il a constaté l'instant de la mort par la disparition de ces bruits; dans les deux dernières heures un simple bruit remplace le double tac de l'état naturel. Dans le cours de la cyanose et même au début de la réaction, il a entendu des bruits anormaux; une fois un bruit de souffle au second temps, d'autres fois des bruits de frottement plus ou moins marqués (bruit de cuir neuf); un craquement, ou bruit de gargouillement très fin. Dans la convalescence ce sont des bruits de souffle à divers degrés d'intensité, et même d'intermittence. Chez quelques sujets le bruit était constant : c'était un souffle doux, moelleux, facile à constater à la base du cœur, dans l'aorte et les carotides. Chez d'autres, il était constant, mais il n'existait pas au cœur et n'était appréciable que dans l'aorte et les vaisseaux du cœur. Sur quatre malades, ce bruit était intermittent, tantôt facile, tantôt impossible à retrouver. M. Bouchut attribue ces bruits à une modification du sang, à un appauvrissement de ce liquide, circonstance qui indique l'emploi des toniques.

Tiré de la veine par la saignée, ce qui n'a pas lieu sans difficulté, le sang est noir, visqueux, très épais, et ne se sépare pas en caillots et en sérum, ou il contient du moins fort peu de sérosité; il est, dit-on, alcalin. Les globules conservent leur forme un instant, la perdent bientôt, et deviennent amorphes. Exposé à l'air atmosphérique, le sang passe difficilement au rouge comme dans l'état normal. Le caillot ne se recouvre pas d'une couenne générale; mais on y remarque parfois des espèces d'îles d'un gris verdâtre, rudiments de couennes partielles qui sont molles et peu épaisses. M. Bouillaud a observé, dans un cas où il avait pratiqué l'artériotomie, que le sang ne sortait pas par jet, mais en bavant; et au lieu d'offrir cette coloration rutilante et vermeille qui le caractérise, il s'est présenté avec une teinte noire très prononcée, et a perdu beaucoup de sa fluidité.

Appareil de la respiration. — « La voix est faible, cassée, comme soufflée, *sépulcrale*, éteinte; chez quelques individus, elle est assez bien conservée, mais alors encore elle a quelque chose de fêlé dans son timbre, ou bien elle pré-

sente une *raucité*, une sorte de *fausseté* qui paraît n'avoir été jusqu'ici observée dans aucune autre maladie aiguë, du moins d'une manière aussi tranchée; il existe parfois un sentiment d'oppression tel, que certains malades répètent sans cesse ces mots : *J'étouffe, faites-moi respirer, donnez-moi de l'air*. L'haleine est froide et répand quelquefois une odeur assez analogue à celle des déjections cholériques; le murmure respiratoire est plus faible qu'à l'état normal, et il semble même qu'en certaines régions, l'air ne pénètre pas jusque dans les vésicules bronchiques. Nous avons constaté par quelques expériences directes que, contrairement à l'assertion de divers chimistes, une certaine quantité de l'air inspiré était convertie en acide carbonique, même chez des individus dans un état voisin de l'agonie. Mais il est de toute évidence que dans la période dont nous traçons la description (algide), le grand acte de l'*oxygénation* du sang ou de l'hématose ne s'opère pas aussi bien qu'à l'état normal. » (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale,* t. III, p. 247.)

Calorification. — Nous avons indiqué déjà, dans le paragraphe relatif à l'appareil de la digestion, le refroidissement de la langue; à ce symptôme il faut ajouter les frissons que nous avons dit exister fréquemment au début de la maladie; puis vient, et au bout de très peu de temps, le refroidissement marqué des parties les plus éloignées du centre; celui du visage, des mains, des pieds, comme celui de la langue, est tel ordinairement, que l on croirait toucher du marbre. Ce froid glacial, *cadavérique*, contraste avec la chaleur normale ou même plus élevée, de quelques autres parties, comme l'abdomen, le vagin, le rectum, etc.; l'introduction du thermomètre dans ces dernières parties a permis de constater 38°, lorsque la température des mains était à 22°. Quant au sang, on a observé que le sang cholérique recueilli dans un vase, en passant sur la boule d'un thermomètre, a fait monter le mercure à 24° 1/2 R. seulement, tandis que le sang jaillissant de la veine d'un individu atteint de pleurésie a élevé le thermomètre à 29° R.

Nutrition. — « Les symptômes fournis par les appareils de nutrition sont tellement importants, que nous ne pouvons les passer sous silence. Les individus qui ont subi des évacuations très abondantes et très multipliées maigrissent avec une effrayante rapidité; en quelques heures ils sont en quelque sorte méconnaissables. Nous avons observé cette émaciation dans l'épidémie actuelle; mais cependant, nous devons le dire, dans la grande majorité des cas, elle nous a paru moins forte que dans l'épidémie de 1832. » (Rostan, *Leçons cliniques sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 24 mai 1849, p. 239.)

Appareils sécréteurs. — En général, à l'exception des sécrétions gastro-intestinales, toutes les autres sécrétions normales ou accidentelles diminuent ou cessent tout à fait. Ainsi, on observe d'abord la diminution et bientôt la suppression complète des urines. C'est même là un phénomène tellement général, tellement caractéristique, qu'on peut le regarder comme un symptôme pathognomonique du choléra-morbus. Les sécrétions fournies par la cornée, par la bouche, par le nez, etc., diminuent ou cessent même entièrement; il en est de même des sécrétions accidentelles morbides : on a observé la diminution ou même la cessation complète de l'expectoration chez les malades atteints de catarrhes pulmonaires aigus ou chroniques.

Appareils des sensations, *de l'intelligence et des mouvements.* — Nous avons signalé les vertiges, les éblouissements, les tintements d'oreilles, les bourdonnements, les étourdissements, dont beaucoup de malades sont affectés dès le début. La vue est émoussée, trouble; quelquefois il y a diplopie; d'autres fois perversion de la vue telle que les malades voient les objets colorés en bleu, en noir ou en rouge; le tact est complétement émoussé (Rostan). Il y a de la céphalalgie, une tendance manifeste à l'assoupissement, mais peu ou point de sommeil véritable. Chez quelques malades, on observe une indifférence sur leur état, une apathie plus ou moins prononcée; mais, chez la plupart, des inquiétudes, du découragement, de sombres pressentiments. Les crampes sont plus ou moins violentes, surtout dans les membres; quelquefois les muscles de l'abdomen eux-mêmes sont dans un état violent

de contracture; les muscles droits se dessinent sous la forme de cordes roides et tendues; les muscles de la face sont quelquefois soumis également à des contractions spasmodiques. M. Bouillaud a vu survenir à deux reprises, chez un malade, par suite des mouvements spasmodiques des muscles abaisseurs de la mâchoire inférieure, une luxation de cette partie. Des bâillements spasmodiques coïncident parfois avec des vomissements très abondants. Les doigts et les orteils sont quelquefois fortement rétractés, et il n'est pas rare de voir les crampes être si douloureuses, qu'elles arrachent aux malades des cris aigus, de véritables hurlements, et qu'elles déterminent même des convulsions. Selon M. Rostan, on observe assez souvent le strabisme chez les cholériques, et il se demande si ce strabisme ne serait pas le résultat de crampes d'un des muscles droits de l'œil. A côté de cet état spasmodique violent, on remarque une prostration extrême, des défaillances au moindre mouvement; si les malades essaient de se lever, ils chancellent et sont prêts à tomber si on ne les soutient pas. Ils éprouvent d'ailleurs dans le lit une agitation extrême, jettent leurs bras çà et là, se découvrent sans cesse, malgré le froid extérieur qu'ils éprouvent, et ne se trouvent bien nulle part; leur tête, comme le dit avec justesse M. Bouillaud, qu'ils soulèvent de temps en temps avec effort, entraînée par la pesanteur, roule et retombe incessamment vers les parties les plus déclives de l'oreiller qui la soutient.

Les phénomènes que nous venons de décrire se rapportent à la période grave, algide, cyanique, asphyxique du choléra; nous croyons inutile d'insister ici sur ceux qui signalent la terminaison funeste de la maladie et sur ceux qui en accompagnent l'issue favorable, c'est-à-dire qui se manifestent dans la période de réaction : on les trouvera suffisamment exposés dans la description générale de la maladie qui précède l'étude séparée des lésions des fonctions, et dans les passages relatifs au diagnostic; nous y renvoyons donc nos lecteurs.

Caractères anatomiques. — Comme pour la description des symptômes, nous procéderons à l'étude des lésions anatomiques en les suivant dans les divers appareils.

Appareil digestif. — On a observé dans la membrane muqueuse du canal gastro-intestinal une injection et une rougeur qui varient depuis la teinte lilas, rosée, hortensia, jusqu'à la couleur brune, lie de vin ou noirâtre; cette coloration tranche assez vivement sur la couleur blanc mat que présente le fond de cette membrane, qui est imbibée par le liquide cholérique. Ce liquide ordinairement analogue à celui qui est rendu pendant la vie, et par conséquent blanchâtre, se trouve quelquefois rougeâtre, sanguinolent, et détermine alors par imbibition, sur la muqueuse, une rougeur uniforme qu'il faut avoir soin de distinguer de la rougeur que produit une injection active. Quelquefois la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont injectés de sang, et cette coloration existe dans une grande partie du canal gastro-intestinal et même dans l'œsophage. « La rougeur la plus foncée, dit M. Bouillaud, existe plus spécialement dans le cœcum, le commencement du côlon et le rectum; la rougeur vive, rutilante, artérielle, avec injection fine et pointillée dans les régions pylorique et splénique de l'estomac, ainsi que dans le duodénum; la rougeur hortensia dans le jéjunum et l'iléon plus particulièrement. Toutefois on peut dire d'une manière générale qu'il n'est aucune des nuances de rougeur et d'injection indiquées plus haut qui parfois n'ait été trouvée dans chacune des trois grandes divisions de l'appareil digestif. » (*Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 232.)

M. Lévy a rencontré plusieurs fois dans le gros intestin une lésion qui se présente sous forme de plaques très dures, très saillantes au-dessus du niveau des parties environnantes, et ne s'effaçant pas par une forte pression.

« Ces saillies, dit le médecin du Val-de-Grâce, ne sont pas dues à la membrane villeuse, qui n'est altérée que dans sa consistance, dans sa couleur, et se présente, quand elle existe encore, dans un état pultacé, mollasse, avec une teinte livide, jaunâtre ou noirâtre, sans odeur appréciable de gangrène; mais cet épaississement est causé par une altération spéciale du derme (membrane fibreuse des auteurs) sous-

jacent à la membrane villeuse. Il m'a paru devoir être rapporté en partie à l'infiltration du derme par une matière blanche analogue à celle que l'on trouve dans les follicules altérés et tuméfiés qui avoisinent ces plaques. L'altération de ces plaques n'est pas partout au même degré. Sur quelques uns on trouve la membrane villeuse à l'état sain; sur d'autres elle est rouge, infiltrée de sang, ou bien jaune, brunâtre, ramollie, et en partie détruite; enfin il en est où la membrane villeuse est en débris, en filaments, ou entièrement détruite, ainsi qu'une bonne partie de l'épaisseur du derme; dans certains cas même le fond de l'ulcération repose sur le tissu musculaire. L'injection vasculaire paraît ne pas accompagner cette altération; le derme, partout où il est épaissi, est d'un blanc mat ou d'un gris jaunâtre. » (Michel Lévy, *Recherches anatomo-pathologiques sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 17 mai 1849, p. 228.)

Il existe quelquefois une modification dans la consistance et l'épaisseur de la membrane muqueuse qui consiste dans son ramollissement et son amincissement plus ou moins marqués, et qu'il ne faut pas confondre avec l'altération que nous venons de décrire et qui n'offre pas l'odeur fétide, *sui generis*, indiquant la gangrène. Ce ramollissement ne doit pas être confondu avec le ramollissement gangréneux que M. Bouillaud dit avoir rencontré sept fois et qui se reconnaît à la teinte livide, grisâtre, verdâtre ou noirâtre de la portion gangrénée et à l'odeur fétide, *sui generis*, que celui-ci exhale.

Une autre lésion, que l'on rencontre presque constamment, et dont MM. Serres et Nonat ont voulu faire le caractère pathognomonique de la maladie, c'est le développement et la tuméfaction des follicules de Brunner.

« Ces glandules, dit M. Serres, dont le volume varie depuis celui de la pointe d'une épingle jusqu'à un très petit pois, sont si nombreuses, si rapprochées chez les sujets morts du choléra, que toute la membrane muqueuse semble avoir éprouvé cette transformation. Quand on a lavé l'intestin et qu'on le regarde à contre-jour ou au soleil, sa surface paraît granulée comme l'est toute la peau chez les malades affectés de la gale. » (*Gazette médicale*, 1er mai 1832.)

C'est cette analogie qui lui a fait donner, par M. Serres, le nom de *psorentérie*.

M. Bouillaud dit avoir rencontré cette lésion chez 45 sur 50 cholériques qu'il a ouverts, c'est-à-dire 9 fois sur 10. M. Michel Lévy l'a observée 43 fois sur 44 ouvertures de cholériques; chez des sujets morts après huit et vingt-quatre heures d'invasion soudaine, elle existait dans toute la longueur du tube digestif, à la base de la langue et dans le pharynx, dans l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin; il existait même dans trois de ces cas, à la surface de la muqueuse laryngienne, une éruption psorique tout à fait semblable à celle de l'intestin.

« Le plus ordinairement, dit M. Bouillaud, cette lésion affecte les follicules isolés ou de Brunner; toutefois un certain nombre des plaques de Peyer ou des follicules agminés en sont aussi assez souvent le siége. Tantôt discrète, tantôt confluente, cette lésion imite jusqu'à un certain point l'éruption variolique naissante. MM. Serres et Nonat pensent que les granulations, considérées par nous comme des follicules muqueux tuméfiés, ne sont autre chose que les papilles intestinales tuméfiées. Ces granulations ont un volume qui varie entre celui d'un petit grain de millet et celui d'un gros grain de chènevis. » (*Loc. cit.*, t. III, p. 233.)

Elles se rencontrent, comme le dit M. Lévy, dans toute la longueur du tube gastro-intestinal, depuis l'œsophage, les intestins grêles jusqu'au cœcum et à la première portion du côlon; l'estomac en est plus rarement affecté.

« La confluence et le volume de l'éruption psorique n'ont pas de rapport constant avec l'âge de la maladie. Dans les cas où la mort est arrivée dans les quarante-huit premières heures, nous avons vu la psorentérie tantôt confluente, générale et volumineuse, tantôt très rare, très fine, et n'occupant que le dernier mètre de l'intestin grêle. Chez d'autres, qui n'avaient succombé qu'après dix ou douze jours, elle était tantôt bornée à la partie inférieure de l'intestin grêle et disséminée, tantôt nombreuse et siégeant dans la portion pylorique de l'estomac, dans une bonne partie

de l'intestin grêle et dans les côlons. Mais si la confluence et le volume de la psorentérie sont indépendants de la durée de la maladie, il n'en est plus de même de ses caractères anatomiques. Dans les cas de mort rapide, l'éruption psorique dans le tube digestif, qu'elle soit fine ou volumineuse, rare ou confluente, est entièrement blanche. Lorsque la mort n'a lieu qu'au bout de huit à douze jours, on trouve les follicules rosés, injectés, infiltrés de sang; leur orifice est tacheté d'un pointillé noir; quelques uns sont ulcérés, ce qui est rare; mais les ulcérations appartiennent aux lésions secondaires et ne sont pas le fait immédiat du choléra.

» Dans tous les cas où existait la psorentérie, nous avons toujours remarqué le développement d'un certain nombre de plaques agminées dont les surfaces présentaient la même éruption psorique que les parties environnantes.

» Quand la maladie avait duré huit jours et plus, on rencontrait quelques plaques à pointillé noir, entremêlées ou non d'un certain nombre de plaques légèrement soulevées et infiltrées d'une matière blanc grisâtre. » (Michel Lévy, *Recherches anatomo-patholog. sur le choléra*, *Gaz. des hôpitaux*, 17 mai 1849, p. 228.)

« Examinés au microscope, ces corpuscules granulés se présentaient sous la forme de boutons arrondis ou déprimés au sommet, et couverts de villosités dont le nombre était plus considérable à la base qu'au sommet. Placés sous le champ du microscope, ils versaient une certaine quantité de liquide, si l'on exerçait sur eux une compression; et ils diminuaient notablement de volume. Mais nous n'avons pu découvrir l'orifice par lequel ils laissaient échapper le liquide contenu dans leur intérieur. » (Nonat, *Dictionnaire des études méd. pratiq.*, t. III, p. 436, art. Choléra.)

« Doit-on voir, dit M. Tardieu, dans cette altération, une hypertrophie des follicules isolés improprement désignés sous le nom de follicules de Brunner, mais qui se rencontrent dans toute l'étendue de l'intestin? Ces corps sont-ils au contraire formés par des villosités intestinales tuméfiées et réunies? MM. Czermak et Hyrtz avaient essayé en vain de faire parvenir dans leur intérieur les injections qui pénétraient facilement dans les villosités, et l'on avait conclu de ces expériences que ces corps étaient tout à fait distincts. Les résultats nouveaux obtenus par MM. Contour et Siewruk doivent faire considérer les choses tout autrement, puisque ces deux habiles anatomistes se sont assurés, à l'aide du microscope, qu'il était facile d'injecter les corpuscules en même temps que les villosités intestinales. Quoi qu'il en soit, cette altération perd beaucoup de sa valeur, si l'on considère, d'une part, qu'elle manque dans un certain nombre de cas de choléra épidémique, et de l'autre, qu'elle se montre à des degrés divers dans d'autres affections. » (*Du choléra épidémique*, Paris 1849, p. 48.)

M. Corbin, d'Orléans, dit avoir trouvé constamment dans les autopsies des cholériques au Baron (Orléans) une pseudomembrane caséeuse blanche dans l'œsophage, en taches isolées, (qui rappellent le dessin de Billard sur le muguet des enfants), si la mort a été prompte; en bandes longitudinales, si la maladie date de trois ou quatre jours; en couche continue, du haut en bas, si la maladie est plus ancienne.

Chez l'un des morts de la dernière catégorie, il avait observé pendant la vie, sur tout le voile du palais (*ceci devient un symptôme*), cette concrétion blanche caractéristique des affections muqueuses; et sans doute elle se joignait par en bas à la fausse membrane œsophagienne. La jonction n'a pas été constatée, un gargarisme acidulé ayant fait disparaître avant la mort la diphthérite pharyngienne. (*Gazette méd*, 7 juillet 1849, p. 526.)

En ouvrant la cavité abdominale, il ne s'en exhale pas, même après un assez long espace de temps, cette odeur fétide et désagréable qu'on remarque dans les cadavres d'individus qui ont succombé à d'autres maladies.

Le péritoine est sec, luisant, poisseux, comme vernissé et d'une telle viscosité que, suivant M. Contour, qui a récemment pratiqué, à Moscou, un grand nombre d'autopsies, des filaments blanchâtres, très longs, se forment entre les anses intestinales que l'on sépare. L'appareil digestif offre souvent une assez forte injec-

tion et une rougeur analogues à celles de la membrane muqueuse. On trouve l'estomac et les intestins souvent contractés et revenus fortement sur eux-mêmes ; l'orifice pylorique est souvent rétréci et contracté ; d'autres fois et assez fréquemment le calibre des intestins est augmenté ; ces tissus sont pâteux au toucher. M. Bouillaud dit avoir rencontré une fois une invagination.

Le tube digestif contient toujours une plus ou moins grande quantité de liquide analogue à celui que nous avons désigné sous le nom de *liquide cholérique* et qui forme pendant la vie la matière des selles et des vomissements. Cette quantité est telle quelquefois dans la totalité du canal, qu'il en jaillit à la moindre pression. Ce liquide offre d'ailleurs quelques différences selon la partie du tube intestinal qu'il occupe.

Le liquide contenu dans l'estomac est plus ou moins trouble, floconneux, blanchâtre, quelquefois rougeâtre, spumeux ; de plus, la membrane muqueuse gastrique est tapissée d'une couche plus ou moins épaisse de mucosités glaireuses, filantes comme du blanc d'œuf, mêlées ou non d'une matière crémeuse. L'estomac contient aussi quelquefois de la bile, des débris d'aliments et une quantité plus ou moins considérable de gaz.

« Le liquide que l'on rencontre dans l'intestin grêle offre deux principales espèces. La première, qui constitue le liquide *cholérique* proprement dit, consiste en une matière blanchâtre, floconneuse, grumeleuse, caillebottée ou assez uniformément trouble, ressemblant tantôt à du petit-lait non clarifié, tantôt à une décoction de riz ou de gruau, tantôt à une bouillie un peu claire, exhalant une odeur fade, spermatique, un peu nauséabonde, assez analogue à celle des chlorures alcalins, et formant, si on le recueille dans un bocal, un dépôt abondant qui paraît être un mélange de fibrine, d'albumine et de mucus. La deuxième espèce de liquide, que l'on rencontre seule ou en même temps que la première dans l'intestin grêle, mais celle-ci dans la partie inférieure, et qui est moins abondante, est d'un rouge plus ou moins foncé, le plus souvent briqueté, chocolat ou lie de vin. Le liquide sanguinolent est d'une consistance variable et il exhale quelquefois une odeur des plus fétides. A la surface même de la membrane muqueuse, reste une couche plus ou moins épaisse d'une matière blanche, blanc grisâtre, quelquefois jaunâtre, crémeuse ou presque puriforme, n'exhalant, en général, aucune mauvaise odeur.

» Le liquide que l'on trouve dans les gros intestins ne diffère guère de celui de l'intestin grêle, et comme ce dernier, il offre deux espèces principales. Le liquide *blanchâtre* est ordinairement un peu plus épais, plus trouble que celui des intestins grêles. On en peut dire autant du liquide sanguinolent ; c'est surtout dans le gros intestin que ce liquide est sale et quelquefois d'une horrible fétidité. Dans le cas de gangrène de cet intestin, le liquide offre une teinte plus foncée, brunâtre, et exhale lui-même l'odeur de gangrène... La couche crémeuse est ordinairement moins épaisse dans le gros intestin que dans l'intestin grêle. » (Bouillaud, *Traité de nosographie méd.*, t. III, p. 235).

On rencontre aussi dans le gros intestin et dans l'intestin grêle, des gaz, des vers lombrics ; une quantité plus ou moins grande de bile jaune ou verdâtre existe quelquefois dans l'intestin grêle ; rarement et en petite quantité dans le gros intestin, mêlée à du sang ou à du mucus intestinal ; et par exception seulement dans le gros intestin, des débris d'aliments ou une certaine quantité de matière fécale molle ou liquide.

Nous n'insisterons pas sur l'état où l'on trouve la plupart des autres organes. Ainsi, dans le *mésentère*, les *épiploons*, injection vasculaire un peu plus considérable.

Les ganglions mésentériques sont le plus souvent tuméfiés. Ces petits organes, qui peuvent acquérir, au maximum, le volume d'une amande, présentent à leur surface extérieure une couleur *blanche* remarquable, qui tranche nettement sur la couleur gris rosé des parties environnantes. Ils sont aplatis d'avant en arrière. A l'intérieur, les uns sont entièrement blancs, et la pression fait sourdre sur le bord de la coupe un liquide laiteux, semblable à celui qui est contenu dans la psore intestinale. Les autres, d'un blanc rosé ou d'un gris rosé, donnent, par la pression, un liquide blanc avec des traces de sang. Ni

les uns ni les autres ne sont ramollis ni friables.

La *rate* est flétrie, exsangue, rapetissée, ridée comme si on l'eût exprimée en la tordant dans un linge. (Laugier et Delarroque.)

M. Coze, doyen de la faculté de Strasbourg, dans une note communiquée à l'Académie des Sciences (8 octobre 1849), dit avoir remarqué dans tous les cadavres de cholériques que tous les organes vasculaires offraient un état général de constriction remarquable. Ainsi il a trouvé le canal cholédoque fortement resserré à son orifice duodénal, au point d'empêcher le passage de la bile; il en était de même des uretères, de la vessie, du rectum et de tout le système artériel. Ces caractères sont constants, et il ne les a jamais retrouvés dans les cadavres de sujets morts d'une autre maladie. M. Coze croit qu'on peut expliquer par ces circonstances anatomiques plusieurs des phénomènes caractéristiques du choléra, tels que le défaut de passage de la lymphe dans le sang, l'obstacle au cours de la bile, etc.

Le *pancréas* n'a rien offert de particulier: le *foie* a été trouvé congestionné et souvent à l'état normal. La *vésicule biliaire* est ordinairement plus volumineuse et contient de la bile visqueuse, filante, jaune, ou d'un vert foncé. Les *reins*, souvent sains, sont parfois engorgés, et les bassinets contiennent une matière blanchâtre analogue à celle qui tapisse l'intérieur du tube digestif. Les *capsules surrénales* saines; dans les *uretères* ordinairement sains, on retrouve quelquefois une matière blanchâtre semblable à celle de l'intestin. La *vessie* est presque toujours contractée, dure, ridée, vide, et parfois tapissée d'une matière blanchâtre, ainsi que l'*urètre;* on retrouve parfois cette matière dans les *fosses nasales;* l'*épiglotte* et le *larynx* sont plus ou moins injectés, ainsi que la *trachée* et les *bronches*. Les *poumons* sont sains; les *plèvres* poisseuses, lisses, brillantes, adhérentes au doigt, analogues par l'aspect au péritoine. Rien dans le *diaphragme*.

Le *cœur* est presque toujours sain, offrant quelquefois à l'extérieur des taches ou ecchymoses dues à la rupture de ses vaisseaux nourriciers. Dans ses *cavités*, surtout à droite, sang noir, caillebotté, analogue à de la gelée de groseilles, sec comme du raisiné ou semblable à un beau vernis noir; dans le cas de mort rapide, le ventricule gauche est sec, excessivement dur, sa cavité est presque effacée; sa face interne est visqueuse comme les plèvres et le péritoine; il contient rarement un peu de sérosité. Les *artères* sont saines, vides, rétractées; le peu de sang qu'elles contiennent est noir; ce sang noir est très abondant dans les *veines caves*, les *sous clavières*, les *intercostales*, etc.

Les *vaisseaux* et les *sinus* de la dure-mère sont gorgés d'un sang noir. L'arachnoïde ne présente pas la sécheresse des autres séreuses. La consistance du cerveau et du cervelet est normale; les ventricules contiennent une certaine quantité de sérosité; parfois il y a augmentation du liquide céphalo-rachidien. Le *système ganglionnaire* n'offre rien de particulier. Les *muscles*, foncés en couleur, sont durs, roides, contractés et souvent tendus comme des cordes.

MM. Dalmas, Sandras et beaucoup d'autres observateurs ont vu des cadavres de cholériques exécuter des mouvements d'une certaine étendue; et plusieurs fois, dit M. Bouillaud, il m'a suffi de frapper vivement les muscles des membres pour en déterminer la contraction et produire des mouvements manifestes.

Les os offrent aussi une coloration foncée; les dents présentent quelquefois une couleur bleuâtre qui pénètre dans l'intérieur du tissu dentaire et qui empêche d'en tirer parti comme dents artificielles.

Du reste, l'aspect général des cadavres diffère peu de ce qu'il était pendant la vie, si les individus succombent dans la première période : la cyanose disparaît plus promptement aux membres inférieurs; le tégument présente des rides et des plis nombreux; la roideur cadavérique arrive promptement et à un haut degré; les mâchoires sont contractées, les testicules collés aux orifices inguinaux, la verge racornie, le gland livide; la chaleur animale se conserve plusieurs heures; la putréfaction est lente à se développer, et n'arive souvent qu'après quatre ou cinq jours. L'abdomen reste longtemps avant d'acquérir une teinte verdâtre, et ne se dis-

tend pas même plusieurs jours après la mort.

Étude et analyse chimique du sang des cholériques. — Caractères physiques et chimiques. — M. Rayer a fait passer sur la boule d'un thermomètre du sang de cholérique recueilli dans un vase, et le contact a fait monter le mercure à 24 · 1/2 Réaumur : sa couleur était plus foncée que celle du sang d'un individu affecté de péricardite ; il s'est bientôt pris en masse comme cela a lieu ordinairement, et n'a présenté qu'une petite quantité de sérum ; au bout de deux ou trois jours d'exposition à l'air, la surface du caillot est devenue complétement noire comme du goudron, tandis que du sang ordinaire, conservé pendant le même laps de temps, est resté rouge ; battu pour en séparer la fibrine, il s'est faiblement coloré en rouge, tandis que le sang ordinaire, pendant la même opération, est devenu rutilant. Sa consistance est très considérable, et il s'écoule comme un vernis épais. On peut conclure de ce travail que :

1° Le sang cholérique rougit peu à l'air.

2° Il rougit moins sous son sérum que le sang non cholérique.

3° Son sérum rougit moins le caillot du sang non cholérique que le sérum ordinaire.

4° Les sels favorisent et avivent sa coloration à l'air.

5° Il conserve plus longtemps que le sang non cholérique la propriété de rougir par les sels.

6° Enfin, il contient moins de sérum et moins de sels que le sang non cholérique, et par cela même est moins oxygénable. (*Gaz. médicale*, 1832, n° 46.)

De nombreuses expériences, dont le résumé a été publié dans la *Gaz. des hôpitaux* du 26 mai 1832, ont aussi été faites par M. Thompson, de Glascow, sur le sang des cholériques. C'est dans la période aiguë et lorsque l'artère radiale avait presque cessé de battre, que le sang a été recueilli et analysé par ce professeur. Voici le résumé de son travail :

1° Dans l'état sain la pesanteur spécifique du sérum étant de 1,0287, celle du sang cholérique a varié de 1,057 à 1,0446.

2° Dans l'état sain, la proportion du sérum étant de 45 p. 100, celle du sérum cholérique était de 33,2 p. 100.

3° Dans l'état sain, la proportion du caillot étant de 45 p. 100, celle du caillot cholérique était de 66,8 p. 100, d'où il résulte que dans le sang cholérique la proportion du caillot est double de ce qu'elle est dans l'état sain.

4° Les parties solides du sérum des cholériques sont au sérum de l'état de santé : : 1,75 : 1.

5° L'albumine est moins abondante dans le sang cholérique que dans celui des individus bien portants.

6° La quantité de fibrine du sang cholérique équivaut à peine au tiers (quelquefois beaucoup moins) de ce qu'offre le sang normal.

7° La quantité de matière colorante du sang des cholériques est quadruple de celle que contient le sang des individus sains.

Nous ne rapporterons pas ici l'analyse faite par M. Lassaigne, et qui n'a porté que sur deux échantillons de sang cholérique fournis par M. Magendie (*Gaz. des hôpitaux*, 29 mai 1832). O'shaughnessy pense que l'on doit trouver de l'urée dans le sang des cholériques ; cette opinion est confirmée par les analyses que nous allons citer. « La réaction du sérum a paru au même auteur (O'shaughnessy) moins fortement alcaline que dans l'état de santé, souvent même neutre. C'est bien évidemment par erreur qu'Hermann a avancé que chez les cholériques, le sang donnait un coagulum acide et un sérum alcalin : l'erreur se retrouve en effet au point de départ aussi bien que dans les conséquences ; car, contrairement au fait le mieux reconnu, Hermann admet que le sérum est acide à l'état normal ; et d'une autre part, il assigne une réaction acide aux évacuations cholériques, expliquant ce fait par la déperdition de l'acide libre, qu'il dit manquer dans le sérum des cholériques. Du reste, Hermann était bien près lui-même de reconnaître son erreur quand il cherchait à expliquer les différences de ses résultats par une particularité de l'organisation des Moscovites, dont le sang serait acide, tandis que celui des autres nations serait alcalin. Quoi qu'il en soit, il résulte de toutes les analyses que l'alté-

ration du sang est en rapport avec la nature des évacuations intestinales. » (Tardieu, *Du choléra épidémique*, 1849, p. 50.)

Voici maintenant les analyses faites dans ces derniers temps, et dont le résumé a été communiqué par le docteur Robertson à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, dans la séance du 4 avril 1849 ; nous les empruntons à la *Gazette des hôpitaux* du 29 mai 1849.

Le procédé employé est celui de MM. Andral et Gavarret. Les résultats sont basés sur trente analyses qui ont été classées en quatre catégories, comme on le voit dans le tableau. Cinq de ces analyses ont été faites par M. Douglas Maclagan, une par M. Christison, et toutes les autres par M. Robertson.

Sur 100 parties de sang on a trouvé :

Fibr.	Mat. sol. or. du sér.	Mat. sol. in. du sér.	Glob.	Total des mat. solid.	Eau.	Densité du sérum.	Densité du sang.
Période d'invasion.							
2,7	82,2	7,8	103,4	196,1	80,39	1030,0	1053,7
Commencement de collapsus.							
3,2	94,0	7,0	130,8	235,0	765,0	1033,7	1059,5
Collapsus complet.							
3,2	101,2	6,9	139,0	241,3	758,7	1036,6	1066,4
Période de réaction.							
3,5	76,6	6,6	126,7	213,4	786,6	1030,6	1057,9

Des signes positifs de la présence de l'urée ont été constatés à la fois par M. Maclagan et par M. Robertson dans du sang contenu dans le cœur et dans les veines après la mort, et une fois par M. Maclagan sur du sang extrait du bras pendant la première période de la maladie.

L'urée semble être plus abondante dans le sang des individus qui ont succombé dans la période de réaction. 1,000 grains de sang fournirent, dans un cas, 4,6, et et dans un autre, 0,73 de nitrate d'urée.

Les principales conclusions auxquelles ces analyses, comparées à quelques phénomènes de la maladie, ont conduit, sont les suivantes :

1° L'anémie, ou l'appauvrissement du sang, constitue une prédisposition au choléra.

2 Quoique pendant le choléra il se produise rapidement une altération prononcée dans la proportion des parties constituantes du sang, il n'est cependant pas évident que la première action du poison morbide s'exerce sur le sang, attendu que les modifications chimiques observées peuvent n'être que les effets des progrès de la maladie.

3° Les changements que le sang a éprouvés à la période de réaction consistent dans une concentration du sérum dépendant de la perte de l'eau, et dans une perte des matières salines proportionnée à la perte de l'eau.

4° La proportion des matières salines est moindre pendant la période de réaction et la convalescence que pendant la période d'état de la maladie. Sur 1,000 parties d'eau, il existait de matières salines, à la période d'invasion, 9,7 ; au début du collapsus, 9,2 ; pendant le collapsus, 9,1 ; pendant la réaction, 8,4. Par conséquent, les phénomènes de la période d'asphyxie ne peuvent pas être dus à la perte des parties salines, et le traitement salin n'est nullement fondé en théorie.

5° Les changements observés pendant la réaction dépendent probablement en partie de l'absorption des fluides, et par conséquent de la dilution du sang. Cette absorption explique suffisamment la diminution proportionnelle des matériaux solides inorganiques pendant la réaction.

6° Pendant la réaction, la fibrine est souvent proportionnellement augmentée, et il y a lieu de croire que les globules du sang se forment en même temps avec rapidité.

7° L'albumine qui manquait dans le sang était métamorphosée et convertie en tissus, ou excrétée par les intestins, et, dans beaucoup de cas, par les reins. Près de quatre-vingts fois sur cent, l'examen des urines y a fait découvrir la présence de l'albumine.

8° La formation et la persistance de l'urée dans le sang étaient toujours à craindre pendant la réaction ; d'où il résulte que les diurétiques, et spécialement ceux qui jouissent de la propriété d'expulser l'urée de la circulation, étaient à cette période clairement indiqués.

A propos de cette communication, le docteur Christison fait observer que le sang noir des cholériques est encore susceptible d'*artérialisation*. Il a trouvé que, lorsque le sang avait été défibriné par l'agitation dans un flacon contenant des fragments de zinc, et qu'on l'agitait dans l'air atmosphérique ou le gaz oxygène, il prenait rapidement la couleur artérielle. MM. Robertson et Douglas Maclagan confirment le même fait.

Examen microscopique du sang cholérique. — Contrairement aux expériences de M. Donné, dont nous avons déjà parlé, et qui tendent à prouver que les globules ne sont pas altérés dans leur forme, on peut voir, dans la *Gazette des hôpitaux* du 29 mai 1832, que M. Magendie a trouvé, dans le choléra, les globules sanguins dans l'état suivant : Leur forme était irrégulière ; on n'y voyait pas ce petit noyau opaque qu'on remarque à l'état sain. La coque qui contenait chacun de ces globules était froncée comme une pomme ridée. MM. Francœur et Capitaine s'accordent, au contraire, avec M. Donné, et disent n'avoir trouvé aucune différence entre les globules d'un homme sain et ceux d'un cholérique. (*Lettre à M. Magendie*, *Gaz. des hôpit.*, 2 juin 1832.)

« J'ai aussi examiné, dit M. Follin, le sang des cholériques, et dans deux cas immédiatement après la sortie de la veine. Les altérations si promptes des globules sanguins exigent que l'examen se fasse seulement dans ces conditions. J'ai pris du sang chez une cholérique qui était dans la période algide. La lancette, enfoncée vers la partie moyenne du bras à un centimètre et demi de profondeur, n'a laissé couler aucune goutte de sang. En la faisant pénétrer plus profondément, il a été possible d'obtenir une goutte de ce liquide. Mise aussitôt sous le microscope, cette gouttelette sanguine m'a offert un grand nombre de globules qui, en s'aplatissant, laissaient transsuder au delà de leurs parois la matière colorante qu'on voyait dans la masse liquide environnante. Dans un autre cas j'ai pu faire les mêmes observations Des deux malades, l'une était couchée dans le service de M. Briquet, l'autre dans celui de M. Andral ; mais de ces observations je me garderai bien de conclure que le choléra produit une altération des globules sanguins. J'ai depuis longtemps appris que ces altérations des globules ont surtout été vues chez des individus débilités par des maladies, ou dont le sang est appauvri par une nourriture insuffisante et malsaine. Partant de là, il est curieux de voir l'épidémie sévir d'abord chez ceux dont le sang se trouve dans de si mauvaises conditions. » (Follin, *Gazette des hôpitaux*, 5 et 8 mai 1849.)

Effets du sang cholérique sur les animaux. — M. Magendie a injecté 250 grammes de sang cholérique dans la veine jugulaire d'un chien à qui on avait retiré 250 grammes de sang par le même vaisseau : cet animal a succombé le soir avec tous les symptômes du choléra ; à l'ouverture cadavérique, les intestins ont offert les mêmes lésions et le même liquide qu'on rencontre dans les cadavres de cholériques ; d'après le même observateur, le sang cholérique exposé à l'air rougit, il rougit au contact de l'oxygène ; il rougit dans l'eau simple et dans l'eau oxygénée de M. Thenard. (*Gazette des hôpitaux*, 29 mai 1832, leçons au collége de France.)

Analyse chimique des déjections alvines et stomacales et des sueurs des cholériques. — Dans la séance du 10 avril de l'Académie de médecine, M. Masselot a communiqué le résultat des recherches qu'il a faites à l'hôpital du Val-de-Grâce sur les déjections alvines et stomacales des cholériques dans le service clinique de M. le professeur Lévy.

« Les expériences qui servent de base à cette note, dit-il, ont été répétées avec M. Coulier au laboratoire de chimie du Val-de-Grâce.

» Nous avons recueilli les matières rendues par dix-neuf malades ; nous les avons soumises à la filtration, et nous avons obtenu un liquide transparent, diversement coloré, qui a été traité par l'acide nitrique et par la chaleur.

» Dans douze cas, l'acide nitrique et la chaleur ont déterminé un précipité blanc, grumeleux, caillebotė, plus ou moins abondant.

» Dans trois cas, l'acide nitrique a produit un nuage blanc assez épais, soluble dans un excès d'acide, et la chaleur a fait prendre à la liqueur une teinte laiteuse assez prononcée.

» Dans quatre cas, le liquide n'a été troublé ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur. Dans ces cas, la maladie était au début, et les selles, peu abondantes, étaient formées par un liquide séreux, transparent avec dépôt de flocons blancs, légers, comme pelliculaires.

» Deux fois on a fait évaporer à siccité, au bain-marie, 128 grammes 6 décigrammes de ce liquide filtré, et l'on a obtenu pour résidu une fois 1 gramme, une fois 1 gramme 40 centigrammes de parties solides qui se sont présentées sous l'apparence d'une pellicule semi-transparente, un peu jaunâtre. Pendant l'évaporation, la liqueur ne s'est point troublée.

» Si ces déjections alvines contenaient de l'albumine, c'était donc en faible proportion. J'ai toujours vu le résidu de l'évaporation en rapport avec l'abondance des précipités déterminés par l'acide nitrique et par la chaleur.

» Dans neuf cas terminés par la mort, le liquide trouvé dans l'intestin a été soumis aux mêmes recherches.

» Dans six cas, l'acide azotique et la chaleur ont déterminé des précipités blancs, caillebottés, très abondants. Dans un cas, le précipité a été peu abondant ; dans deux cas, le liquide a donné à peine quelques traces d'albumine. Mais il faut remarquer que ces deux derniers résultats ont coïncidé avec l'extrême rareté des selles observée pendant la vie ; et il n'est pas moins remarquable que dans ces mêmes cas à déjections rares, brunes et bilieuses, les lésions intestinales étaient très peu marquées.

» Dans quatre cas mortels, nous avons déterminé la quantité d'albumine contenue dans les selles pendant la vie, et dans le liquide intestinal après la mort. Voici le résultat des analyses faites sur les liquides qui ont précipité le plus abondamment par la chaleur et l'acide nitrique :

Après la mort.			Pendant la vie.
1° 4,241	d'albumine	pour 100	2,211
2° 3,422	—	—	2,001
3° 3,036	—	—	1,456
4° 2,221	—	—	1,113

» Dans deux cas très rapidement mortels, et dans lesquels les déjections alvines, peu abondantes, séreuses, transparentes, ne contenaient pas d'albumine, le liquide intestinal, après la mort, soumis à la filtration, a donné un liquide transparent, précipitant assez abondamment en blanc par la chaleur et par l'acide nitrique.

» En général, nous avons trouvé la proportion d'albumine en rapport avec la viscosité et la coloration jaunâtre des évacuations alvines ; celles qui, comme dans la dyssenterie, avaient quelque analogie avec la lavure de chair, en donnaient la plus forte proportion. » (*Gazette des hôpitaux*, 12 avril 1849.)

De six analyses dont M. Becquerel a communiqué les résultats dans les séances des 8 et 22 août de la Société médicale des hôpitaux de Paris, il ressort que la matière des vomissements contient : 1° De l'albumine en dissolution ; 2° de l'albumine coagulée qui donne l'apparence d'eau de riz ; 3° une abondance plus grande de ces deux albumines, à une époque plus rapprochée du début ; 4° la présence d'une quantité notable de chlorure de sodium, quantité qu'on trouve presque triple de ce qu'elle est dans le sang, si l'on fait pour un instant abstraction de l'eau, et si l'on n'envisage le chlorure de sodium que relativement aux parties solides des vomissements ; 5° enfin acidité des vomissements.

Dans une note présentée à l'Académie des sciences, M. le docteur Doyère dit avoir reconnu que, sur quatre malades atteints du choléra, la sueur visqueuse recueillie avec soin sur le front, les joues, les bras, les avant-bras, renfermait une substance capable de réduire les composés

de cuivre en réactif de M. Bareswill, à la manière du sucre des fruits.

Cette matière est-elle du sucre? C'est ce que l'on ne pourra savoir qu'après des épreuves plus décisives.

La sueur non visqueuse, le sérum du sang n'ont pas produit la réduction, l'urine et les selles non plus. Le liquide vomi par une malade, qui n'avait pris que de l'eau de Seltz, a fourni un précipité assez abondant. La sueur visqueuse a été recueillie avec des pelotes de cordon en cardes humectées d'eau distillée, avec lesquelles on lavait les places humectées de sueur visqueuse. (*Gazette des hôpitaux*, 11 septembre 1849.)

Examen microscopique des déjections des cholériques.—L'étude chimique du choléra a été faite avec un certain soin à l'époque où l'épidémie de 1832 vint envahir la France; mais en parcourant ces recherches, on est étonné de ne rencontrer aucune observation positive qui ait trait à l'analyse microscopique de ces produits. Plus tard seulement, MM. Andral et Gluge entreprirent l'examen des matières vomies ou rendues par les selles. Tous deux trouvèrent dans le liquide sécrété par la membrane muqueuse « un grand nombre de globules contenant, comme ceux du pus, des nucléoles et des noyaux dont le nombre variait d'un à quatre, rendus plus évidents par l'addition de l'acide acétique; quelques cristaux, des lamelles épithéliales venaient s'ajouter accidentellement à ces globules. » Mais ils ne s'accordèrent pas sur la nature des globules: Gluge y voyait des noyaux de cellules épithéliales; M. Andral, quelque chose qu'il rapprochait des globules de pus.

M. Follin a examiné avec soin et un très grand nombre de fois les matières blanches rendues par les garde-robes; il a constaté que, dans la majorité des cas, ces amas blancs et le liquide au milieu duquel ils nageaient étaient formés par des globules très nombreux, granuleux à leur surface, irrégulièrement arrondis, du volume de m. 00,60 environ, et réunis entre eux. Ils ne contenaient point à leur intérieur de noyaux distincts: on y constatait seulement un ou deux points plus brillants que le reste. Ces globules, qu'on rencontre en si grand nombre et réunis en amas immense, ont paru à M. Follin être des globules de pus récemment formés et n'étant pas développés d'une manière complète. On rencontre des globules analogues, pour l'aspect général et le volume, dans toutes les membranes muqueuses qui commencent à subir le plus léger degré d'irritation. « Je les ai observés, dit M. Follin, dans le mucus utérin le plus transparent, dans les larmes après une très faible irritation de l'œil, etc.

» Le développement du choléra se fait d'une manière si brusque, les produits morbides sont exhalés si promptement, que leurs éléments ne peuvent acquérir leur plein et entier développement jusqu'à leur expulsion au dehors de l'économie. Toutefois les choses ne se passent pas toujours de la même manière. Chez une cholérique qui a succombé à la Charité dans le service de M. Briquet, les matières rendues par les selles ne l'étaient pas aussi promptement que d'habitude, et elles avaient revêtu l'aspect d'un pus jaunâtre, épais et assez bien lié pour qu'on ne pût pas d'abord songer à la matière des cholériques. L'examen de cette substance me montra, au milieu de globules en tout comparables à ceux que j'ai déjà décrits, un grand nombre de globules de pus à plusieurs noyaux bien distincts, et de globules pyoïdes reconnaissables à leur volume et à leur aspect, bien différents des précédents. Ainsi, j'ai pu suivre, sur différentes matières rendues par des cholériques, la transition des globules purulents imparfaits aux globules de pus à noyaux bien caractérisés.

» Un autre élément également très abondant dans les selles des cholériques, mais qu'on remarque surtout au début des évacuations ou dans la période qui précède la mort, c'est l'épithélium cylindrique du canal intestinal. Souvent des cellules épithéliales ou des plaques de cellules épithéliales sont intimement mêlées aux globules que j'ai précédemment indiqués. Ces cellules épithéliales ont conservé leur forme cylindrique; souvent elles sont accolées les unes aux autres sur la même ligne.

» J'ai constaté dans un cas, au milieu de ces matières blanches, une assez grande quantité de cristaux de cholestérine.

» On rencontre aussi ces deux premiers

éléments dans ces petites saillies blanches, sous-muqueuses, qui m'ont paru n'être que des follicules remplis de la matière cholérique. Dans l'intestin grêle, les globules recouvrent les villosités, unis qu'ils sont entre eux par une matière amorphe, visqueuse et soluble dans l'acide acétique.

» J'ai traité dans plusieurs cas, par l'éther, les matières rendues par les selles. Ce puissant dissolvant des principes gras ne m'a révélé le plus souvent aucune matière nettement définie.

» De cette première partie de mes recherches, je crois pouvoir conclure : 1° Que la matière cholérique n'a rien de particulier ; 2° que les éléments trouvés dans les produits exhalés sont ceux qu'on voit dans les membranes muqueuses irritées.

» 1° Globules du pus incomplétement développés ; 2° globules du pus complets à noyaux ; 3° globules pyoïdes ; 4° lamelles épithéliales. » (*Gazette des hôpitaux*, 3 et 8 mai 1849.)

Nous trouvons enfin indiqué dans le numéro de l'*Union médicale* du 16 octobre 1849, que M. le docteur Brittan, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Bristol, aurait découvert dans les matières des vomissements et des déjections cholériques des *corpuscules fongueux* qu'il nomme *corps annulaires*. Ces mêmes corps ont été retrouvés dans l'atmosphère d'un appartement d'où des cholériques venaient d'être transportés à l'hôpital. M. Budd les a signalés dans l'eau potable des principaux quartiers où régnait le choléra, tandis qu'on ne les a retrouvés ni dans les eaux même impures des autres quartiers, ni dans les déjections des malades atteints du typhus ou sains. M. Swayn appelle les corpuscules *cellules cholériques*, et fait remarquer que leur grosseur varie selon la phase de développement à laquelle elles sont parvenues. Les plus petites de ces cellules sont à peu près de la même grosseur que les globules du sang. Il y en a même de bien moins grosses, et pour les bien voir il faut employer un verre d'un huitième, d'un douzième ou d'un seizième de pouce. Elles sont transparentes, et un peu aplaties comme le sont les disques sanguins, et ressemblent à des anneaux par l'épaisseur de leurs parois. L'intérieur des corpuscules ne présente point de granules ; ils possèdent une propriété de réfraction assez marquée, et pour la plupart une fissure sur un point quelconque de leur circonférence.

Les corpuscules de ce genre se sont trouvés de préférence dans la matière des vomissements, et ressemblent en tous points à ceux que M. Brittan a découverts dans l'atmosphère. Les corpuscules de grosseur moyenne et les plus gros ont beaucoup de rapport avec les petits, mais ils sont plus granulés et d'une plus forte structure ; on les retrouve plus fréquemment dans les évacuations alvines. M. Swayn a remarqué que beaucoup de ces derniers contenaient une série de cellules dans leur intérieur. Il y en avait qui présentaient beaucoup d'opacité et une coloration d'un gris jaunâtre.

Les corpuscules de l'atmosphère variaient en grosseur de 1/10000 à 1/3000 de pouce ; ceux des matières vomies, de 1/8000 à 1/5000, et ceux des déjections alvines de 1/6000 à 1/1500 de pouce. M. Brittan pense que ces trois espèces de corps fongoïdes marquent les trois phases de développement de corpuscules d'une seule et même nature, et que leur grosseur et leur nombre sont en raison du laps de temps écoulé depuis l'attaque, et de la gravité des symptômes ; c'est-à-dire qu'ils sont de fort petite dimension et d'une forme bien tranchée dans la matière des vomissements, qu'ils sont plus gros et d'une nature plus complexe dans les déjections alvines, et que, dans les cas où la maladie prend une tournure favorable, ils disparaissent peu à peu, à mesure que les symptômes perdent de leur intensité.

Il a remarqué en outre, que dans les cas promptement suivis de mort, les corpuscules se retrouvent en très petite quantité ou sont entièrement absents.

M. Brittan dit avoir saisi toutes les occasions d'examiner le canal intestinal de sujets morts du choléra : il a trouvé les corpuscules annulaires adhérant en masses irrégulières à la muqueuse, et il pense que dans les cas promptement fatals, ces corps fongueux restent fixés à la muqueuse sans être rejetés par les évacuations.

Avec un zèle fort louable, l'auteur a

examiné avec soin les déjections alvines de malades attaqués du typhus, il n'y trouva point de corpuscules, mais lorsque les expériences furent continuées dans des cas de diarrhée épidémique ou cholérique, il arriva à un résultat contraire.

De cette découverte a surgi une théorie qui a fait beaucoup de bruit en Angleterre, et qui attribuerait le développement du choléra à la présence de ces parasites; ces faits ont besoin de confirmation.

Etude et analyse de l'air expiré. — M. Donné a fait passer de l'air expiré par deux cholériques à travers de l'eau de chaux, et cette eau s'est troublée sur-le-champ, ce qui prouve que cet air contenait de l'acide carbonique.

M. Rayer a fait également des expériences sur ce sujet, et a trouvé :

1° Que l'air expiré par les cholériques qui n'offrent point les caractères de l'asphyxie contient à peu près la même proportion d'oxygène que l'air expiré par des individus sains;

2° Que l'air expiré par les cholériques qui offrent les caractères extérieurs de l'asphyxie contient *notablement plus d'oxygène* que celui expiré par des individus sains;

3° Enfin, que la diminution ou le défaut d'absorption de l'oxygène dans la respiration coïncide avec l'abaissement de la température du corps, l'altération du sang et l'imperfection ou le défaut d'hématose. (*Gazette médicale*, 1832, n° 37.)

Selon M. Doyère (*Académie des sciences*, 22 octobre 1849), le choléra présente, sous le rapport de l'air expiré et de la calorification, deux périodes essentiellement distinctes : l'une qui comprend toute la période algide et celles qui la précèdent, et dans laquelle l'acide carbonique de l'air expiré tombe à 10 ou 20 pour 1000; et l'autre, la période de réaction, ou même la période mortelle, dans laquelle la proportion d'acide carbonique revient à 25 pour 1000.

Dans la première période, la température du corps s'abaisse; dans la seconde, elle s'élève, même au moment de la mort et après. Chez une femme morte depuis six heures, l'intérieur du bassin offrait une température de 41°,7, c'est-à-dire supérieure à l'état normal.

Marche, durée, terminaison du choléra-morbus. — « Que le choléra ait été précédé d'une ample diarrhée de quelques jours, ou qu'il se soit montré d'emblée, une fois développé, il marche avec la plus effrayante rapidité, de telle sorte que quelques unes de ses victimes sont immolées comme si elles eussent avalé un violent poison, l'arsenic par exemple; c'est là le choléra foudroyant, qui tue en vingt-quatre heures au plus tard. Quand la mort survient dans la période algide, il est rare que la vie se prolonge au delà du quatrième jour. Lorsque les malades échappent à cette période, et que la mort arrive dans la période réactionnelle ou typhoïde, elle ne se fait pas très longtemps attendre, et peu de cholériques dépassent alors le dixième ou le douzième jour. (M. Lélut a publié, sous le titre de choléra-morbus *chronique*, un cas de cette maladie dans lequel la mort n'est survenue que le dix-neuvième jour (1).) Quelques uns de ceux qui échappent aux graves symptômes de cette période peuvent ensuite succomber aux accidents d'une orageuse convalescence. La durée *moyenne* du choléra-morbus chez les cinquante malades qui succombèrent dans notre service fut d'environ deux jours.

» Dans les cas où le choléra doit se terminer par la guérison sans apparition des phénomènes typhoïdes, c'est ordinairement vers la fin du premier septénaire que le mal est en grande partie dissipé; mais l'explosion des phénomènes typhoïdes prolonge singulièrement la durée de la maladie, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant les observations de la 3e partie de notre *Traité du choléra*. On y verra que la guérison n'a eu lieu qu'après le 2e, le 3e ou le 4e septénaire.

» Au reste, les complications, les diverses méthodes thérapeutiques influent plus ou moins sur la marche, la durée et la terminaison du choléra. » (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 259.)

Diagnostic du choléra-morbus. — C'est encore à M. Rostan que nous emprunterons ce que nous avons à dire sur ce point, qu'il a traité d'une manière complète :

(1) M. Chomel, ainsi que nous l'avons dit, a aussi observé des faits de ce genre.

« Le choléra peut-il être confondu avec d'autres affections ? Au lit du malade, et en temps d'épidémie, toute erreur est à peu près impossible, pour peu que le médecin ait d'attention et d'expérience. Nous devons avouer cependant que, pris isolément dans ses formes, plusieurs maladies se rapprochent assez du choléra pour jeter quelque incertitude dans l'esprit du médecin. Ainsi, l'embarras gastrique et intestinal pourra en imposer pour le prodrome du choléra ; le choléra sporadique, pour un choléra asiatique bénin, sans phénomènes algides, sans asphyxie ; la gastro-entérite, la péritonite pour un choléra dans la période de réaction ; l'empoisonnement, l'asphyxie, l'étranglement interne, la hernie étranglée, l'indigestion, la peste, le typhus, la fièvre jaune, offriront des points de grande ressemblance avec le choléra épidémique ; mais si l'on ne se borne pas à un examen superficiel, si l'on descend profondément dans les détails de ces diverses maladies, ce seront moins les ressemblances que les différences qui frapperont notre esprit.

» Si vous vous rappelez les symptômes du choléra tels que nous les avons exposés, vous trouverez facilement en quoi il diffère des maladies que nous venons d'énumérer. Il serait, en effet, bien long de tracer un parallèle entre toutes ces affections ; qu'il nous soit donc permis de tracer seulement les principales nuances qui les font différer entre elles.

» L'*embarras gastro-intestinal* est caractérisé par l'inappétence, le mauvais goût de la bouche, un état saburral de la langue, par le vomissement peu opiniâtre des *matières bilieuses* qui ne prennent jamais l'aspect blanchâtre caractéristique du choléra. L'altération des traits du visage est presque nulle ; il n'existe jamais de troubles nerveux. Il n'existe pas de fièvre ; suivant l'expression d'Hippocrate, celui qui l'éprouve est απυρετος. On ne trouve pas d'albumine dans les urines. Ajoutons à toutes ces différences que la cyanose, l'asphyxie, le froid, l'absence des urines, la perte de l'élasticité de la peau, etc., n'existent jamais dans l'embarras gastro-intestinal.

» Le *choléra indigène sporadique* offre plus de traits de ressemblance avec le choléra épidémique. Ainsi, on y rencontre souvent des crampes, un certain degré de refroidissement, altération des traits, amaigrissement rapide ; à cela près, on rencontre dans cette maladie les mêmes différences que dans la précédente, c'est-à-dire : matières bilieuses des vomissements et des selles ; présence des urines, absence d'albumine ; absence des phénomènes algides ; innocuité de la maladie, etc.

» Quelques espèces d'*empoisonnements* pourraient être confondues par leurs symptômes avec le choléra, qui est bien lui-même aussi un empoisonnement ; mais si l'on veut bien considérer que l'empoisonnement ordinaire apparaît toujours après l'ingestion d'une boisson ou d'un aliment, qu'on trouve presque toujours dans la bouche, ou l'arrière-gorge, des traces qui mettent sur la voie, que l'analyse des matières excrétées met toujours en évidence le *corpus delicti*, etc., on verra que, si le diagnostic n'est pas toujours facile, il est au moins très possible dans l'immense majorité des cas.

» La *gastro-entérite*, sans cause spéciale, est une maladie essentiellement inflammatoire qui ne présente jamais ni les phénomènes spasmodiques du choléra, ni les évacuations de nature cholérique, ni la période asphyxique, ni l'albuminurie, etc.

» Il en est de même de la *péritonite*, qui diffère, en outre, du choléra par le météorisme considérable du ventre qui survient à une certaine période de la maladie ; d'ailleurs les vomissements et les évacuations alvines ne sont que des phénomènes accessoires dans l'inflammation du péritoine ; de plus, la sensibilité du ventre *par le plus léger contact* établit encore une différence notable entre ces deux maladies.

» L'*étranglement interne*, ou même la *hernie étranglée*, peuvent être confondus avec la péritonite, qu'ils produisent à peu près constamment, mais n'offrent que bien peu de ressemblance avec le choléra. Il y a fort peu d'exemples de choléra sans évacuations alvines et avec vomissements de matières fécales, et ce sont là, comme on sait, les phénomènes capitaux des étranglements intestinaux.

» Devons-nous mettre en ligne de compte la simple *indigestion*, si violente qu'on la

suppose? Les vomissements et les selles de matières alimentaires ou fécales, qui constituent presque à eux seuls les accidents de l'indigestion, peuvent-ils être confondus avec le choléra, dont ils n'ont jamais le caractère et dont ils ne présentent jamais ni les suites, ni la durée, ni la terminaison, etc.?

» Les diverses espèces de *typhus* ont, comme points de rapprochement, une cause toxique analogue, la forme épidémique et quelques phénomènes prodromiques et nerveux; mais ce ne sera jamais qu'en insistant beaucoup sur des phénomènes accessoires et des cas exceptionnels qu'on parviendra à établir une ressemblance spécieuse; à plus forte raison ne parviendra-t-on jamais à démontrer l'identité de ces diverses maladies. Certes, les matières vomies et rejetées par les selles dans la fièvre jaune, la peste, le typhus, ne présentent jamais le caractère des mêmes matières dans le choléra; la couleur des individus, les espèces d'éruptions de la peau, les bubons, les pétéchies, etc., empêcheront toujours la confusion de ces diverses maladies, à moins qu'elles ne viennent à se compliquer les unes avec les autres, ainsi que nous l'avons vu pour le typhus, que l'on observe à une certaine période de la maladie; mais alors il n'y a pas d'erreur, puisque l'affection typhique existe bien réellement.

» Il nous resterait à parler de la colique de cuivre, de la colique dite de Poitou, même de la colique de plomb, des vers intestinaux, enfin de toutes les maladies abdominales, y compris la néphrite, la métrite, la phlébite utérine, etc. Nous croyons devoir nous en abstenir.

» Mais nous devons dire un mot des diverses espèces d'asphyxie. Les signes de la marche de ces affections fussent-ils aussi semblables au choléra qu'ils en diffèrent, il y aurait toujours un moyen certain de les distinguer: c'est la présence de la cause asphyxiante. Une asphyxie ne saurait avoir lieu sans une cause toujours apparente. Ainsi, la suspension, la strangulation, la submersion, l'asphyxie par le gaz carbonique, par les autres gaz méphitiques, par défaut d'air respirable, etc., ne sauraient arriver sans que les agents qui les ont occasionnées ne tombent tout d'abord sous les yeux du médecin et n'ôtent de prime abord toute espèce d'incertitude; si, à la présence si claire de cette cause, vous ajoutez que dans les diverses espèces d'asphyxie il n'existe de ressemblance que par la cyanose, l'absence du pouls et les lésions cadavériques; que les phénomènes prodromiques, les évacuations cholériques et tous les autres symptômes du choléra n'existent en aucune manière, on conviendra qu'il est difficile de confondre ces maladies avec le choléra asiatique. » (Rostan, *loc. cit.*, 13 septembre 1849.)

Pronostic du choléra-morbus épidémique. Complications. — Le pronostic est éclairé par tout ce que nous venons de dire sur la maladie. Selon M. Gendrin, il doit être pris à deux points de vue :

« 1° D'une manière générale, relativement aux masses d'individus affectés;

» 2° Relativement à chaque individu en particulier.

» Sous le premier point de vue, il est très fâcheux.

» Partout où le choléra a régné, les statistiques montrent que la moitié des sujets affectés ont succombé. Pour apprécier cette mortalité, il faut tenir compte de la rapidité de la marche de la maladie et de la lenteur des secours au commencement de l'épidémie. Ainsi, au début, d'un côté elle sévit avec plus de force, comme toute épidémie, et d'un autre côté les malades ne comptent pas assez sur les secours, ou bien n'en apprécient pas la valeur. A cette époque, il doit donc y avoir une plus grande proportion de morts. Plus tard, cette proportion diminue; d'abord les cas sont moins graves, puis les malades en plus grand nombre réclament des soins. Si l'on fait la somme des morts à la fin de l'épidémie, il y a balance, et l'on a pour résultat définitif une mortalité de 1 sur 2.

» Si vous rapportez le pronostic à la forme de la maladie, vous aurez d'autres données; ainsi la totalité des malades arrivés à la période asphyxique succombent. A son passage de la période cyanique à la période asphyxique, la maladie enlève les deux tiers des sujets; pendant la période phlegmorrhagique et pendant le passage

de celle-ci à la période cyanique, le quart; au début, pas un dixième.

» Il y a à tirer de là cette conséquence, qu'il est important de donner des soins aux malades dès le début de la maladie.

» Le pronostic variera quand on se placera au second point de vue; ainsi, on puisera des données différentes dans l'état antérieur du sujet et dans l'intensité de la maladie elle-même. » (Gendrin, *Leçons sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 3 avril 1849.)

« En effet, dit à son tour M. Rostan, il est incontestable que les complications qui viennent se surajouter au choléra en augmentent la gravité. Les inflammations cérébrales tiennent le premier rang, puis les inflammations thoraciques, etc.

» Parmi les circonstances individuelles, nous avons déjà dit que les enfants et les vieillards, c'est-à-dire les deux extrémités de la vie, étaient presque toujours mortellement frappés. Vous avez observé, dans la salle Saint-Antoine, un assez grand nombre d'enfants en bas âge ou nouveau-nés, ou ne dépassant pas la deuxième année; ces petits malheureux avaient été atteints de la maladie au sein ou dans les bras de leurs mères, et tous ont succombé!

» Quelques septuagénaires ont pu être sauvés, mais c'est le plus petit nombre.

» Nous avons vu qu'en général les individus déjà malades avaient moins de chances de guérison que les individus sains; mais, hélas! c'est une vérité trop bien établie, que le choléra tue les personnes douées de la plus belle santé, les plus fortes, les plus saines, les plus robustes; qu'il n'épargne aucune constitution, aucun tempérament; cependant, nous le répétons, les personnes cacochymes ont plus à craindre que les autres.

» L'état de grossesse et l'accouchement ont été diversement appréciés par les médecins relativement à l'influence qu'ils exercent sur l'issue de la maladie. Quelques uns l'ont considéré comme avantageux, comme un préservatif en quelque sorte; d'autres, au contraire, comme une circonstance aggravante. Voici le résultat de notre propre observation à ce sujet : Dans le principe de l'épidémie, plusieurs femmes grosses entrèrent dans notre service; au bout de peu de temps, elles accouchèrent, la plupart avant le terme, et toutes moururent. Plus tard, quelques unes, mais en moindre nombre, avortèrent et guérirent. Dans le plus grand nombre des cas, la grossesse a été suivie d'avortement, et l'avortement de mort. (M. le docteur Delarue a cité un cas dans lequel l'accouchement d'un enfant mort fut suivi de guérison. Voir *Gazette des hôpitaux*, 24 octobre 1849.)

» Dans quelle proportion le choléra frappe-t-il les deux sexes? Chez lequel est-il plus funeste? Les statistiques ne donnent à ce sujet que des résultats douteux et contestables. Nous ne pouvons rien dire sur ce point d'après nos propres observations. Nous avons, ainsi que vous le savez, plus de femmes que d'hommes; il n'est donc pas étonnant que nous comptions un plus grand nombre de victimes parmi les premières. Ce résultat n'a aucune valeur; sur la population de Paris si, à la fin de l'épidémie, la différence était considérable, on pourrait en tirer quelque conclusion, vu le nombre des personnes atteintes; mais ce ne serait là encore qu'une probabilité.

» Les professions ne présentent encore à ce sujet que des données incomplètes. Si nous nous en rapportons à notre expérience, bien circonscrite relativement à un sujet aussi vaste, nous dirons que la profession de boulanger nous a paru le plus souvent atteinte, et de la manière la plus fatale.

» Il est une vérité bien pénible à dire, mais c'est pour nous un devoir: c'est que les pauvres, les hommes soumis à une alimentation ou malsaine, ou insuffisante, atteints par l'épidémie, succombent presque tous. Mais ceux qu'elle n'a presque jamais épargnés sont les ivrognes, les gens qui commettaient des écarts de régime. Nous en avons observé un nombre assez considérable, surtout dans les environs de Paris.

» Nous avons pu constater aussi, comme circonstance aggravante du choléra, la crainte de la mort. Nous avons vu des gens que la peur a fait mourir, dans toute la force du terme; nous devons dire cependant que d'autres, qui nous paraissaient être dans la meilleure disposition morale, n'en ont pas moins été enlevés par la ma-

ladie. » (Rostan, *Gazette des hôpitaux*, 29 septembre 1849.)

Pour compléter ce que nous avons à dire du pronostic du choléra, nous empruntons au docteur Fabre l'exposition des symptômes qui peuvent être considérés comme favorables ou funestes.

Symptômes funestes. — « Les malades chez lesquels il y avait en même temps absence du pouls radial, ecchymoses violettes, froid des extrémités, de l'haleine et de la langue; soif extrême, tendance à se découvrir, altération profonde des traits et de la voix; chez lesquels les plis faits à la peau des mains ne s'effaçaient pas, dont les vomissements et les selles étaient liquides, abondants et blanchâtres, qui répondaient lentement et mal aux questions, ont presque tous péri avant ou après la réaction.

» Si à cette réunion de symptômes se joignaient et la sécheresse et l'atrophie, et les ecchymoses transversales des globes oculaires que nous avons signalées, et une sueur froide et visqueuse, la mort était prompte et certaine, la mort avant la réaction.

» Si les vomissements manquaient, les selles conservant leur abondance et leurs qualités caractéristiques, le danger n'était guère moindre. Si les selles manquaient, le plus ordinairement la réaction se faisait avec assez de promptitude et de régularité, et les malades survivaient pendant quelques jours, une amélioration très prononcée avait lieu, l'espoir de la guérison paraissait fondé; mais les vomissements persistant, une rechute de prostration survenait et était suivie de la mort.

» Chez d'autres malades, les selles et les vomissements se calmaient ou prenaient une teinte verdâtre, les crampes étaient nulles d'abord ou peu prononcées; mais le corps ne se réchauffait pas, mais *les urines* manquaient. eh bien, malgré l'amélioration des traits et de la plupart des symptômes, l'issue était funeste.

» Une détente et un calme complet survenant avant la réaction, avec une peau un peu fraîche, une sueur légèrement collante et tiède, accompagnée d'un sentiment de bien-être accusé par les malades eux-mêmes, n'étaient que les précurseurs de la mort, qui survenait presque subitement et sans agonie, trois, quatre, six et huit heures après.

» Une anxiété extrême, une agitation continuelle, des crampes faisant jeter les hauts cris aux malades, ont quelquefois, *sans vomissements*, *sans selles*, entraîné la mort.

» Tous ceux qui, avant la réaction, sortaient ou voulaient sortir de leurs lits, qui se mettaient sur leur séant et retombaient machinalement en arrière, ont succombé.

» Le coma persistant avant la réaction est mortel; après la réaction et accompagné de chaleur et de rougeur à la face, de plénitude du pouls, il a été plusieurs fois combattu avec avantage par les révulsifs et les saignées locales.

» Le sommeil ou l'assoupissement, les yeux entr'ouverts, la cornée transparente disparaissant sous la paupière supérieure, est commun à la plupart des cholériques. Il est mauvais que pendant ce sommeil la tête soit pendante sur le côté de l'oreiller, ou renversée en arrière, le cou proéminent. Une sensation continue d'oppression à l'épigastre est mauvaise.

» Le délire avant la réaction nous a paru toujours mortel; après la réaction, il peut n'être l'effet que d'une congestion. Les saignées locales ou les révulsifs en triomphent quelquefois, comme du coma.

» Dans tous les cas, l'absence des urines est mauvaise; une réunion de signes fâcheux, si les urines coulent ou reparaissent, laisse de l'espoir; s'il n'y a pas d'urines, une amélioration quelconque est vaine; quelquefois cependant les urines coulaient sans que la maladie fût moins grave. Des crampes atroces, des vomissements multipliés, des selles extrêmement fréquentes, sont de mauvais signes. Le coucher sur le côté ou sur le ventre, les bras et les jambes contractés, ployés ou ramassés (nous en avons vu quelques uns se tenir sur les coudes et les genoux), indique un grand danger; ordinairement alors le ventre est rétracté fortement, les douleurs y sont vives, la face exprime l'anxiété et la souffrance.

» La teinte fortement plombée de la face est aussi dangereuse que la couleur violette et le refroidissement.

» Dans les premiers jours, les malades

succombaient sans râle, à demi couchés sur le côté, la tête basse et pendante. Depuis lors la mort survient plus fréquemment avec râle, la tête renversée, les yeux fixes et entr'ouverts.

» Plusieurs fois la mort a été précédée de selles sanguinolentes.

» Chez un assez grand nombre de malades, une amélioration peu prononcée se manifestait, aucun symptôme bien alarmant ne survenait; sept, huit, dix jours se passaient dans un état équivoque; mais alors ou un hoquet fatigant et incoercible, ou de nouveaux vomissements, ou de nouvelles selles, ou plus rarement des crampes fort vives annonçaient un nouveau danger, et de plus en plus affaiblis, prostrés, ils s'éteignaient plus ou moins lentement.

» Chez d'autres, la fuliginosité des lèvres, la sécheresse ou la viscosité de la langue, le chassieux des yeux, l'embarras des idées, la distension, le ballonnement du ventre, la puanteur des selles annonçaient un état typhoïde, et ils succombaient. Les tortillements violents et continus d'entrailles sont un mauvais signe.

» Quelques uns entraient largement en convalescence, et après deux ou trois jours, après avoir pris du bouillon, quelques soupes, être restés sans selles, sans crampes, sans vomissements, tout à coup et sans cause connue, une rechute effrayante survenait; prostration. refroidissement, absence du pouls, selles, vomissements, mort en quelques heures. Chez deux ou trois, c'est aux premières cuillerées de bouillon que la rechute s'est déclarée, et presque toujours, dans tous ces cas, la mort a suivi. Chez beaucoup de malades qui ont succombé, les selles ont été verdâtres, bilieuses dès le début. Nous avons quelquefois observé un froid glacial aux pieds avec pâleur et blancheur matte; les malades ont succombé.

» Une douleur vive et persistante dans le flanc droit est un mauvais signe.

» Un pouls dur, inégal, avec rougeur extrême de la face, injection des yeux, coma ou délire, est mauvais, lors même que les autres symptômes se sont améliorés.

» Le défaut de réaction est mortel; l'excès offre moins de danger, on peut le combattre; l'amélioration qui survient trop promptement après la période de froid est trompeuse.

» Dans la réaction, une céphalalgie intense et qui persiste après les saignées est souvent de mauvais augure.

» Plusieurs malades, offrant avec d'autres symptômes graves une dilatation considérable, mais égale, des deux pupilles, ont été sauvés; nous n'en avons vu aucun survivre après avoir présenté une inégalité de dilatation pupillaire. Cette inégalité de dilatation s'observe, du reste, assez fréquemment et est très prononcée.

» Toutes conditions égales d'ailleurs, l'âge moins avancé est une garantie de succès. Les enfants au-dessus de cinq ou six ans, les jeunes gens au-dessous de vingt ans ont été bien moins souvent attaqués, et l'issue a été plus fréquemment heureuse chez eux. La prostration est bien plus à craindre chez les vieillards; la mort arrive plus souvent dans la première période de réaction chez les hommes jeunes et robustes.

» Les vieilles femmes ont été, en général, très gravement atteintes; les femmes jeunes ou d'un âge moyen l'ont été moins, et l'on compte chez elles un plus grand nombre de succès que chez les hommes.

» Des phthisiques très avancés ont été pris de choléra; la grossesse, l'état de nourrice n'ont point préservé du choléra et de la mort.

» On a prétendu que les vénériens étaient exempts du choléra. Il est vrai qu'à Paris il est mort peu de filles publiques, mais à Londres un grand nombre ont succombé; au Gros-Caillou, c'est dans le service des vénériens que le choléra s'est le plus souvent déclaré.

» Quelques enfants en bas âge, que nous avons vus et qui ont présenté des symptômes cholériques, sont morts après quelques heures de cris continuels qui paraissaient arrachés par des crampes ou des douleurs abdominales. Les cholériques sont, en général, mornes, abattus, indifférents à ce qui se passe autour d'eux. Nous n'avons observé aucun fait qui puisse faire croire à la contagion.

» *Symptômes favorables.* — Dans la période de prostration, un refroidissement modéré, une stase peu prononcée du sang

veineux à la face et aux mains, la présence du pouls radial, quoique petit et fréquent, l'absence de toute céphalalgie, la netteté des idées, la promptitude des réponses, l'élasticité de la peau des mains, le défaut de rides dans ces parties, l'aspect presque naturel, le peu d'altération de la voix, des traits, l'éjection de quelques urines, la modération des crampes, des selles et des vomissements, de l'anxiété et de l'agitation, sont de bon augure.

» Un début lent, de quelques jours, annoncé par des selles liquides, mais point trop fréquentes, par de rares vomissements, promet une plus longue existence. Cette lenteur des prodromes avait eu lieu chez beaucoup de malades arrivés dans un état très grave et dès les premiers jours; on a eu tort de la signaler comme marquant le début d'une autre période de l'épidémie; seulement l'éveil n'était pas donné et les malades ne s'observaient pas avec autant de soin.

» Dans la réaction, aucun signe n'est meilleur que la chaleur douce et halitueuse de la peau, une sueur chaude et abondante et l'apparition des urines; tout danger présent manque tant que ces signes persistent. Si à ces signes favorables se joint la transformation des selles blanchâtres en selles bilieuses, on peut pronostiquer la guérison.

» Un pouls plein, vif, avec chaleur et rougeur générale n'est pas défavorable; on peut agir alors, les forces ne manquent pas, les malades supportent très bien les évacuations sanguines.

» L'humidité des yeux, de la langue sans viscosité, sans fuliginosité, est un bon signe.

» Une selle molle et liée est de bon augure.

» Une terminaison franchement typhoïde n'est pas essentiellement mortelle; nous avons vu plusieurs malades guérir après avoir offert la plupart des symptômes du typhus.

» Le désir modéré des boissons, le défaut de chaleur brûlante aux entrailles ou à l'épigastre, le calme de la respiration, l'appétit pour quelques aliments, sont de bons signes.

» Les nourrices que nous avons vues malades, et chez lesquelles les mamelles n'ont pas cessé d'être distendues, ont guéri.

» L'apparition des règles dans la réaction est d'un très bon augure.

» Le retour de la voix à son timbre normal est heureux.

» Chez beaucoup de malades qui guérissent, la stupeur, une espèce d'hébétude, persistent quelquefois fort longtemps, alors même qu'ils se lèvent et prennent des aliments. Il reste souvent une coloration et un aspect particulier qui rappellent la maladie et font reconnaître les convalescents cholériques.

» En général, l'absence d'un ou de plusieurs signes fâcheux doit être regardée comme une circonstance favorable.

» En général aussi le danger de la réaction est d'autant moins grand, et surtout d'autant moins prompt, que le refroidissement, que la prostration ont été moindres, et que, par conséquent, des stimulants moins énergiques ont été employés. » (Fabre, *Choléra-morbus de Paris*, *Guide des praticiens*, 1832, in-12, p. 25.)

Causes. — « D'après les effets observés, dit M. Rostan, il est impossible de ne pas reconnaître que la cause du choléra est une *cause spécifique épidémique*.

» Il nous paraît évident que l'atmosphère est le véhicule de cette cause; car par quelle autre voie pourrait-elle franchir les espaces immenses qu'elle traverse? Nous savons bien qu'on a invoqué la continuité du sol pour expliquer la migration du choléra, mais rien ne paraît justifier cette supposition. Un savant recommandable a été jusqu'à étudier les *influences géologiques* sur la propagation du choléra; mais ces considérations sont tombées devant l'examen impartial des faits. L'auteur avance que le choléra s'est constamment montré dans des lieux dont la composition géologique est la même, ou du moins analogue; mais l'itinéraire du choléra donne un démenti à ces savantes assertions...

» Existe-il des circonstances appréciables qui favorisent ou empêchent la propagation du choléra? On a passé en revue la plupart des agents physiques connus, et nous devons avouer que toutes les recherches entreprises jusqu'à ce jour n'ont que très peu éclairé la question.

» On a cru que la *tension électrique* plus

ou moins grande de l'atmosphère exerçait quelque influence sur l'intensité de l'épidémie. Des médecins russes, auxquels sont dues ces recherches, ont avancé qu'un aimant qui soutenait 40 kilogrammes en temps ordinaire n'en portait que 8 lorsque l'épidémie était dans toute sa violence. Nous avons expérimenté ici que la tension électrique ne faisait absolument rien à l'activité de la maladie. L'atmosphère a été très électrique pendant la période la plus terrible du fléau. Cette tension a paru diminuer en même temps que l'épidémie perdait de sa violence, et *vice versâ*. Les aurores boréales plus nombreuses observées au moment où le choléra envahissait le Nord ne doivent être considérées que comme de simples coïncidences; enfin, on a observé le choléra et ses divers degrés d'intensité quel que fût l'état de l'électricité atmosphérique. Il y a des faits pour et contre les opinions des médecins qui ont regardé l'état hyperélectrique de l'atmosphère comme favorisant le choléra; de même qu'il y en a contre ceux qui ont considéré l'état analectrique comme produisant le même effet. Enfin, pour abréger toutes ces vaines discussions, nous dirons que les perturbations électriques, quelles qu'elles soient, n'exercent aucune action sur la production ou le développement du choléra.

» La *température* de l'air a-t-elle une influence bien positive sur la marche du choléra? Il est incontestable que cette terrible maladie est originelle d'un pays chaud; qu'elle est endémique en Asie, et surtout sur les bords du Gange, c'est-à-dire d'une latitude tropicale; qu'elle sévit principalement dans la saison des chaleurs, et quoiqu'il soit vrai de dire que nous l'avons vue régner en Europe dans toutes les saisons, tout le monde a pu voir que dans l'épidémie actuelle la plus haute intensité de la maladie s'est montrée en même temps que la température la plus élevée de la saison. On peut donc inférer de là qu'une haute température favorise le développement du choléra.

» Nous ne savons rien sur l'influence exercée par la *pesanteur* de l'air sur cette affection. Les conditions barométriques les plus diverses ne paraissent pas avoir exercé la plus légère influence sur la production du choléra. On peut rattacher à cette disposition de l'air celle des lieux bas ou élevés. Bien que l'on soit porté à croire *à priori* que les lieux élevés en sont plus exempts que les lieux bas, cependant le fait n'est pas encore incontestable. En 1832, près de Nantes, des villages situés sur les bords de la Loire furent exempts de l'épidémie, tandis que d'autres villages situés sur des hauteurs très considérables furent ravagés par elle. Saint-Germain, qui avait été à peine atteint lors de la première invasion, a payé cette année un fort tribut à la maladie épidémique.

» Ce que l'on a dit en Allemagne, et à Berlin en particulier, de l'influence de l'*humidité de l'air*, nous paraît au moins fort douteux. Bien loin d'avoir vu augmenter le choléra dans des lieux humides, brumeux, pluvieux, nous aurions plutôt remarqué le contraire, à moins que l'humidité ne coïncidât avec une grande élévation de température.

» Depuis que la cause cholérigène semble mépriser la *direction des vents*, on a cru remarquer que le choléra prenait d'autant plus de violence que les vents d'est et de nord-est régnaient avec plus de constance. Ce fait est en quelque sorte contradictoire avec l'opinion que nous venons d'exposer et de combattre, puisque pendant la durée de ces vents l'atmosphère est ordinairement sèche. Il est, en effet, assez remarquable que l'épidémie s'est montrée après que ces vents avaient régné pendant un certain temps, et que des recrudescences ont eu lieu lorsqu'ils ont reparu. » (Rostan, *Gazette des hôpitaux*, 11 août 1849.)

Il n'y a rien non plus de positif ni de constant dans l'influence des agents hygiéniques sur la production et le développement du choléra.

On a cru que les pays où existent les eaux minérales étaient à l'abri de l'épidémie; mais ces observations n'ont rien de général; car on a vu des pays où existent des eaux minérales ravagés par le choléra, tandis que d'autres pays où étaient les mêmes eaux n'en avaient présenté aucun exemple.

La salubrité des lieux agit-elle d'une manière plus évidente? Si l'on ne consulte que les notions les plus élémentaires de

l'hygiène, la réponse n'est pas douteuse. Si l'on consulte les faits, nous rencontrons des contradictions désolantes avec ces notions. Ainsi dans les grandes villes ravagées par le choléra, nous voyons quelquefois des quartiers où la lumière et l'air circulent le plus largement être dépeuplés par la maladie; tandis que d'autres quartiers où l'on trouve le plus grand nombre de rues étroites, insalubres, semblent préservés du fléau. Toutefois, dans cette dernière épidémie, on a pu voir, en général, que les quartiers insalubres, sillonnés par des rues étroites, basses, obscures, humides, avaient payé à la maladie un tribut double des autres quartiers; de sorte qu'il est à peu près certain que l'insalubrité des lieux est une cause favorable au développement de la maladie. Nous pourrions citer un grand nombre de faits confirmatifs de ces assertions.

Les circonstances individuelles, telles que l'âge, le sexe, la constitution, le régime alimentaire, les professions, les habitudes, l'état moral, fournissent-ils quelques données constantes relativement à l'étiologie du choléra?

Voici ce que nous avons observé à ces divers sujets.

Nous avons vu le choléra dans tous les âges de la vie. L'enfance a paru généralement moins fréquemment atteinte; mais, hélas! d'une manière bien plus cruelle que les autres âges. La vieillesse nous a paru, contrairement aux observations antécédentes, plus prédisposée au choléra; et ce qui s'est passé à la Salpêtrière milite fortement pour cette opinion.

Quant à la constitution, il n'est que trop vrai que le choléra n'en respecte aucune. On a dit que les personnes dont la constitution était profondement altérée par des maladies chroniques étaient plus souvent atteintes; cela n'est pas constant.

On ne saurait révoquer en doute l'influence du régime alimentaire sur la production du choléra; régime insuffisant, insalubre, excès dans les aliments et les boissons, favorisent également le développement de cette affection. Il est malheureusement trop vrai que la misère, qui ne permet pas une bonne alimentation, dispose au choléra. Le régime des indigents, composé de basses viandes, et plus souvent de légumes, de fruits verts, les rend plus aptes à être frappés de la maladie. Mais les excès de table, et particulièrement les excès de boissons alcooliques, ont occasionné bien des désastres. Les personnes soumises à un régime convenable, rationnel, si elles ne sont pas complétement exemptes, sont néanmoins bien moins souvent attaquées.

Il existe des observations singulières relativement à l'action des professions sur la production du choléra. Ainsi, en 1832, à Paris, on a remarqué que les vidangeurs, les égouttiers, les boyaudiers, les tanneurs avaient été exempts de la maladie; mais on peut affirmer qu'il n'y a rien de constant à ce sujet. Le choléra a frappé indistinctement toutes les professions.

On a de tout temps considéré le courage comme le préservatif le plus efficace contre toute espèce d'épidémie. Il semblerait que la peur, qui est une cause essentiellement débilitante, favorise l'absorption des miasmes, dispose à recevoir l'impression de la cause épidémique. Quoique cette proposition nous paraisse hors de doute, puisque nous avons pu voir nous-même un grand nombre de personnes terrifiées à l'approche du choléra tomber les premières victimes, nous pouvons dire aussi que nous avons vu un bien plus grand nombre d'individus qui n'éprouvaient aucune crainte, aucune émotion, et qui n'en sont pas moins tombés frappés par le fléau. Nous avons même vu des gens braver le choléra, et succomber en peu d'heures à ses atteintes. Je me souviens, entre autres, dit M. Rostan, d'un fait qui est resté dans ma mémoire depuis 1832 : Une pâtissière de la rue des Saints-Pères, jeune femme de vingt-cinq à vingt-six ans, forte, fraîche, robuste, achète un melon, et dit à ses voisins : « Moi, je me » moque du choléra; je vais avaler le cho- » léra. » En effet, cette malheureuse mangea sans doute trop de melon; le lendemain, elle était morte. Ce fait prouve deux choses : la première, c'est que l'indifférence ne met pas toujours à l'abri de l'épidémie; et la seconde, que l'excès de certains aliments, et surtout des fruits, peut disposer à la contracter.

Nature et siége du choléra-morbus épidémique. — M. Rostan a publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, des leçons fort intéressantes dans lesquelles sont traités avec

soin divers points relatifs au siége, à la nature, aux causes, au diagnostic et au pronostic du choléra. Nous avons fait et ferons de larges emprunts à ces dissertations. A propos de la nature du choléra, le professeur de l'Hôtel-Dieu se pose la question suivante :

« Dans quelle catégorie le choléra doit-il être rangé ?

» Nous avons vu naguère soutenir, sur les bancs de la Faculté de Paris, que le choléra était une inflammation. L'auteur s'appuyait principalement sur les lésions anatomiques. Les ouvertures de corps lui ayant fait voir que, dans tous les cas, on trouvait dans les intestins, dans le mésentère, dans les poumons, dans le cerveau, enfin dans toutes les membranes et dans tous les parenchymes, des traces de congestion sanguine et même d'inflammation, telles que injection vasculaire, mollesse, friabilité des tissus, état poisseux des membranes séreuses, etc., il en tirait cette conclusion, d'ailleurs peu nouvelle, que le choléra asiatique était une inflammation. Rien n'est cependant plus facile que de réfuter une pareille assertion. Il suffit de demander pourquoi tous les malades qui succombent journellement aux diverses inflammations dont on trouve des traces dans le choléra ne meurent pas du choléra?

» Répondra-t-on que cela ne saurait empêcher le choléra d'être une ou plusieurs inflammations ?

» Nous demanderons alors pourquoi, dans certains cas, ces inflammations revêtent le caractère du choléra, et non dans certains autres? On sera bien forcé de répondre que c'est parce qu'il y a une *cause particulière* pour cela. Eh bien, c'est cette cause particulière qui caractérise le choléra et qui en fait la nature, et non l'inflammation. Mais nous avons admis l'hypothèse qu'il existait toujours des traces d'inflammation dans le choléra ; nous avons voulu présenter l'argumentation dans toute sa force. Il s'en faut de beaucoup que cette assertion soit exacte. Il existe, en effet, un très grand nombre de cas où l'on ne trouve aucun vestige d'inflammation. N'avons-nous pas vu que les lésions anatomiques consistaient principalement en congestions sanguines *passives* semblables à celles que détermine l'asphyxie, ou que détermine un obstacle au cours du sang veineux? et que, lorsque l'on trouvait des engouements pulmonaires ou des hépatisations, des splénisations du poumon, ou enfin de véritables lésions produites par l'inflammation, c'était parce que, pendant la vie des malades, il était survenu des complications inflammatoires ?

» Mais si le choléra n'est pas une inflammation, est-il une névrose? Certes, un grand nombre de phénomènes attestent que le choléra porte sa funeste influence sur les organes de l'innervation. Ainsi les troubles des sens, de l'intelligence, de la sensibilité et de la myotilité, mettent bien hors de doute cette influence. La diplopie, les bourdonnements, les tintements d'oreilles, l'hébétude, l'anesthésie, les crampes, les étourdissements, les vertiges, les pertes de connaissance, quelquefois le délire, ne sauraient exister sans que l'encéphale ou ses dépendances ne soient plus ou moins altérés. Mais sont-ce là des symptômes de névrose ? Autant vaudrait-il alors admettre que, dans le typhus, la stupeur, le délire, les soubresauts dans les tendons, la carphologie, etc., sont des signes de névrose. Ces phénomènes nerveux sont produits aussi par une cause du même genre. Ils sont ce que l'on appelle *sympathiques*, et quelquefois idiopathiques, lorsque des lésions concomitantes du cerveau ou de ses annexes les produisent; mais jamais personne s'est-il avisé de les considérer comme une névrose? Qu'est-ce, en effet, qu'une névrose ? Une maladie caractérisée pendant la vie par des phénomènes fonctionnels très marqués, et après la mort par l'absence de lésion sensible dans les organes affectés, ordinairement chronique, de longue durée, apyrétique, souvent intermittente. Cette définition peut-elle s'appliquer au choléra?

» Quelques médecins ont pensé que le choléra n'était autre chose qu'une fièvre pernicieuse. Ils ont appuyé leur manière de voir sur le froid éprouvé par les malades, quelquefois avec retour assez périodique, sur la réaction de chaleur et de sueur que l'on observe après le refroidissement, etc. Ils ont même tenté, d'après cette hypothèse, l'emploi du sulfate de quinine et autres antipériodiques; mais indépendamment qu'ils se sont fondés sur

des analogies bien incomplètes, l'insuccès du traitement, ordinairement si héroïque dans les fièvres d'accès pernicieuses, ne permet pas d'adopter cette manière de voir. Si l'on veut dire que, comme les fièvres pernicieuses, le choléra est le résultat d'une cause spécifique, miasmatique, d'une intoxication véritable, certes nous serons de cet avis; mais il est une multitude de maladies qui reconnaissent une cause analogue, et qui diffèrent cependant essentiellement entre elles. Telles sont la peste, le typhus, la fièvre jaune, etc.

» Sans pousser plus loin cet examen des diverses manières de voir des auteurs sur la nature du choléra, nous dirons que notre opinion est que cette maladie est un véritable empoisonnement produit par une cause spéciale répandue dans l'atmosphère, ainsi que nous l'avons dit en parlant de la cause du choléra; que cet empoisonnement est probablement produit par la voie de la respiration, et peut-être aussi, comme le voulait Chaussier, par celle de la déglutition. Quant à la voie par absorption cutanée, les notions que l'on doit à la physiologie moderne ne permettent guère de lui attribuer une influence de quelque importance.

» Mais quel est, dans l'organisme, le *siége* du choléra? Si vous voulez vous rappeler ce que nous avons dit des diverses prédominances qu'affecte le choléra relativement à son siége, prédominances telles, que nous avons pu en faire des variétés diverses de la maladie, suivant que le cerveau, le poumon, les intestins, étaient principalement affectés; si vous voulez vous rappeler encore que, dans la plupart des cas, presque tous les organes étaient frappés simultanément, vous comprendrez facilement que nous considérions le choléra comme une *maladie générale*. Or une maladie générale ne peut avoir ce caractère si elle ne siége pas dans un des systèmes généraux de l'organisme. Je pense donc que c'est dans le système circulatoire que cette affection a son siége.

» Bien que les accidents les plus ordinaires, les plus fréquents, soient des troubles dans les fonctions digestives; bien que les lésions organiques les plus constantes soient dans les intestins, etc., cependant ce n'est point dans ces organes qu'est le siége exclusif de la maladie qui nous occupe, pas plus que le typhus n'est dans l'altération des glandes de Peyer, ou dans les follicules de Brunner; et pour nous élever à des considérations philosophiques d'un ordre plus général, et au risque de tomber dans une pétition de principe, nous dirons que les lésions locales sont d'une importance secondaire lorsque la maladie est produite par une cause générale. Dans ce cas, les altérations locales ne sont qu'un accident, mais ne constituent pas le phénomène capital de la maladie, ainsi que cela a lieu pour les maladies que nous avons appelées simples. Ainsi, l'hépatisation caractérise presque à elle seule la pneumonie; le refroidissement qui l'a causée est comme non avenu; mais dans le typhus, l'évolution des glandes intestinales n'est qu'un phénomène secondaire, une espèce de signe rétrospectif de la maladie; et voilà tout. La maladie est dans la nature de la cause qui la produit. » (Rostan, *Leçons sur le choléra*, *Gazette des hôpitaux*, 13 septembre 1849.)

Récidives du choléra. — Les exemples nombreux de récidives qui ont été rapportés depuis quelque temps ne permettent plus d'agiter cette question qu'on a posée au début de l'épidémie, et qui est résolue d'une manière affirmative. Dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 22 septembre 1849, on peut lire une observation relative à une dame de cinquante ans, qui a été affectée trois fois du choléra : la première fois en 1832; en 1837, elle eut encore une attaque de choléra sporadique, mais qui offrit tous les caractères du choléra épidémique; enfin, elle a été atteinte une troisième fois cette année 1849, et a succombé en six heures. Il est remarquable que chez cette personne le choléra caractérisé a toujours éclaté sans être précédé d'une diarrhée préalable.

Maladies concomitantes et consécutives du choléra. — Les affections qui accompagnent le plus communément le choléra, ou qui se développent dans la période de réaction ou à la suite, sont les inflammations des viscères ou des membranes. L'observation et l'examen cadavérique le démontrent. Ces inflammations revêtent souvent un caractère latent et peuvent être méconnues.

« Les organes de la respiration sont le plus souvent le siége de ces complications. La plupart des inflammations du poumon ou de ses membranes peuvent exister dans cette période de réaction. C'est presque toujours la percussion et l'auscultation qui trahissent l'existence de ces phlegmasies. Les symptômes directs, tels que la douleur de côté plus ou moins profonde, la toux, l'expectoration, les crachats caractéristiques, manquent dans le plus grand nombre des cas. Mais dans la pleurésie, le son mat à la partie la plus déclive du poumon, la faiblesse ou l'absence du murmure vésiculaire, le souffle bronchique, l'égophonie distincte, ne permettent pas de méconnaître un épanchement.

» Dans la pneumonie au premier degré, le râle sous-crépitant ou crépitant fin met le médecin sur la voie ; et au deuxième degré, la matité, le souffle tubaire, la bronchophonie, les râles, etc., trahissent suffisamment l'existence de cette inflammation. C'est encore ainsi que les râles sous-muqueux, les ronchus, les sifflements, etc., dans les deux côtés de la poitrine, sans matité, décèleront la bronchite. L'œdème du poumon se fera reconnaître par des râles très fins des deux côtés de la poitrine et par un peu d'obscurité par la percussion. Nous avons observé aussi la gangrène du parenchyme pulmonaire; elle a été reconnue particulièrement par la fétidité caractéristique des crachats et de l'haleine des malades.

» La péricardite est une complication plus fréquente qu'on ne pense de la maladie dont nous parlons. Mais cette affection, obscure pour les médecins les plus habiles il y a peu d'années, passe encore inaperçue pour un grand nombre aujourd'hui. Les bruits qui la caractérisent ne peuvent être saisis que par une oreille attentive et exercée. Notre célèbre confrère, M. le docteur Louis, et quelques autres médecins non moins distingués de l'Hôtel-Dieu, ont constaté ces bruits chez un cholérique de nos salles.

» Dans un certain nombre de nos malades, nous avons observé, vers la fin de la maladie, un bruit de souffle qui nous a été signalé par M. Bouchut, notre chef de clinique, bruit que nous avons attribué à quelque modification survenue dans la composition du sang. C'est là un phénomène consécutif qui, ainsi que nous l'avions prévu, est loin d'être constant. Il s'est cependant présenté assez souvent à notre observation pour que nous devions le signaler.

» L'hépatite est peut-être la plus rare des complications d'inflammation viscérale. Vous avez pu l'observer cependant dans nos salles. Une douleur dans l'hypochondre droit, de la matité plus étendue que dans l'état normal dans cette région, et, par-dessus tout, l'ictère, nous ont fait reconnaître l'existence de cette inflammation.

» Les complications de phlegmasies de l'encéphale et de ses dépendances nous ont paru très rares dans le commencement de l'épidémie ; mais à peine un mois s'est-il écoulé, qu'elles se sont montrées en grand nombre, et avec de tels caractères, qu'il a été impossible d'attribuer les symptômes à un état simplement sympathique. Nous avons vu des encéphalites, des méningites et des myélites.

» Dans cette revue rapide des maladies qui compliquent le choléra, nous ne pouvons qu'indiquer sommairement les signes principaux de ces affections intercurrentes, ou même seulement les mentionner ; nous nous bornerons donc à dire que la méningo-encéphalite se fait reconnaître à la céphalalgie, au délire, à des troubles variés des sens, de la sensibilité et du mouvement. Nous répétons que, dans la majorité des cas et dans le commencement de l'épidémie, les malades se faisaient remarquer par la justesse et la précision de leurs réponses ; on n'observait chez eux qu'un affaiblissement plus ou moins grand de l'intelligence, qu'un abattement profond, mais sans nul trouble de la raison.

» La moelle épinière, comme le reste des centres nerveux, reçoit une atteinte profonde dans le choléra. Aussi ne devons-nous pas être surpris de trouver des signes qui établissent péremptoirement l'existence d'une inflammation de la moelle épinière, ou au moins de ses enveloppes. Nous avons eu dans nos salles plusieurs paraplégiques. » (Rostan, *Leçons sur le choléra*, *Gaz. des hôpitaux*, 4 août 1849.)

On a vu le choléra coïncider avec la fièvre intermittente, la maladie de Bright,

la colique de plomb, et même en amener la guérison ou au moins l'amélioration.

L'érysipèle à la face accompagne assez fréquemment le choléra. Quant aux maladies qui se développent à la suite, on doit citer en première ligne la gastro-entérite; les phlegmasies thoraciques se trouvent encore ici comme complications consécutives assez fréquentes, ainsi que le développement de l'état typhoïde, soit à la période de réaction, soit au moment de la convalescence; mais le typhus consécutif au choléra se distingue du typhus ordinaire par quelques différences.

Les caractères principaux du typhus cholérique sont la stupeur et l'abattement (forme adynamique des auteurs); mais les taches lenticulaires et les soubresauts des tendons manquent souvent. Le typhus cholérique se prolonge aussi d'une manière indéfinie. C'est surtout vers la fin de l'épidémie cholérique que le typhus se manifeste en grand nombre; pendant son intensité, sa fréquence est bien moins considérable.

Il en est de même des parotides. Peu fréquente dans la fièvre typhoïde ordinaire, cette éruption s'observe assez fréquemment dans le typhus qui succède au choléra. Elle a cependant paru plus rare cette année que dans l'épidémie de 1832. On verra dans le paragraphe consacré à l'observation des caractères anatomiques, que les congestions sanguines à la tête, dans les méninges, les sinus cérébraux et les pulpes encéphaliques, comme dans les autres organes de la poitrine et de l'abdomen, sont fréquentes à la suite du choléra.

Mais les maladies consécutives les plus communes sont les affections éruptives, la rougeole, l'urticaire, l'érythème, la roséole, la scarlatine et surtout la miliaire. En 1832, comme en 1849, des épidémies de suette ont été observées dans plusieurs contrées.

« Des phénomènes nerveux, nombreux et variés, s'observent après le choléra. Nous avons vu un certain nombre de fois le délire dit nerveux, c'est-à-dire apyrétique; l'impossibilité de suivre un raisonnement, la divagation, l'incohérence dans les idées; d'autres fois une idée fixe, des hallucinations, de la lypémanie formaient le principal caractère de ces désordres intellectuels.

» Parmi les phénomènes morbides qu'offre la sensibilité, rien n'est plus remarquable que ces espèces de secousses électriques dont se plaignent quelques malades. Il leur semble qu'une étincelle électrique leur parcourt instantanément tout le corps, de la tête aux pieds. Ces sortes de secousses se répètent fréquemment et incommodent fortement les malades. Nous les avons observées en 1832, et elles ont duré plusieurs années. Un médecin distingué de Paris, auquel nous avons donné des soins à cette époque, les éprouve encore aujourd'hui. Il en a été très fatigué pendant plusieurs années.

» Dans les mouvements, on observe surtout une extrême faiblesse qui persiste pendant fort longtemps. Il existe même de véritables paralysies. Nous avons vu, ainsi que nous l'avons dit, des paraplégies presque complètes.

» En ville, nous avons vu un malade qui, atteint d'une myélite en voie de guérison, a été frappé d'un cas peu grave de choléra, et a perdu, à la suite, le mouvement et le sentiment des membres pelviens. Sans aucun doute le choléra porte sa redoutable influence sur la moelle épinière. Quelques malades conservent dans certains muscles des secousses spasmodiques, des contractions permanentes, des crampes douloureuses, etc.

» Enfin, il n'est pas excessivement rare de voir à la suite du choléra une fièvre intermittente survenir, et exiger pour sa guérison le traitement spécifique qui convient à ces sortes d'affections. » (Rostan, *loc. cit.*)

Contagion du choléra. — La contagion du choléra est une des questions les plus intéressantes qui puissent se présenter aux méditations des médecins. Ce n'est pas seulement une question de philosophie médicale, c'est une question d'hygiène générale, c'est une question d'humanité.

La plupart des médecins de Paris pensent que le choléra n'est pas contagieux; quelques uns, et des plus recommandables, pensent, au contraire, qu'il jouit de ce funeste privilége. Les faits sont cependant les mêmes pour les uns et les autres, mais l'interprétation n'est pas la même. Il

faut bien avouer qu'il est extrêmement difficile de démontrer qu'il y a ou qu'il n'y a pas de contagion.

Lorsqu'une ou plusieurs personnes donnant des soins à un cholérique sont frappées du choléra, peut-on savoir si elles ont contracté la maladie par le contact, ou si la cause générale qui a frappé le premier malade a simplement atteint les derniers?

Le même raisonnement s'applique à la transmission du choléra d'un pays à un autre par des individus qui arrivent d'un pays contaminé. Qui oserait affirmer que la cause cholérigène a été importée par eux? Ne peut-elle avoir pris la même voie par laquelle elle fond sur des pays non encore atteints? Et dans ces deux cas, nous admettons les faits ayant toutes les conditions de probabilité et d'authenticité que les partisans de la contagion peuvent demander. Que sera-ce si ces faits sont douteux, ont été mal observés, l'ont été par des esprits prévenus; si ces faits sont peu nombreux ou presque nuls en comparaison des faits contraires?

Quelques médecins pensent qu'une maladie qu'on voit naître en Asie, traverser cette immense contrée, dévaster de proche en proche toutes les villes qu'elle rencontre sur son passage, dont on suit les traces par les victimes qu'elle laisse sur ses pas, ne peut procéder, dans sa propagation, que par voie de contagion.

Mais qui ne sait que le choléra franchit souvent de grands espaces, va frapper des cités lointaines, en laissant exemptes de ses coups des populations intermédiaires, sans que personne soit venu du pays ravagé dans celui qui va l'être! Ces lacunes, ces interruptions, ces exemptions peuvent-elles s'expliquer par la contagion? Evidemment non; et ici il faut admettre la cause épidémique dont nous avons reconnu l'existence et qui frappe les populations à la manière des orages.

Et maintenant est-il nécessaire d'analyser les faits de contagion dont on a fait si grand bruit dans ces derniers temps? Des nourrices partent de Paris où règne l'épidémie; elles sont, en apparence, bien portantes; elles arrivent chez elles à Nogent. L'une d'elles est frappée du choléra en arrivant; puis les parents et les personnes qui l'entourent sont atteints du choléra, et par eux et de proche en proche la maladie s'établit dans la ville. Certes, voilà un fait bien concluant. Mais d'abord, les faits se sont-ils bien réellement passés ainsi? Et s'il est bien vrai que les rapports faits au médecin qui a publié ces faits soient parfaitement exacts, nous le répétons, la cause épidémique seule n'a-t-elle pas pu les produire?

Un fait, en tout semblable à celui-ci, a été rapporté par M. Contour dans son article sur les maladies épidémiques, et cité par M. Tardieu : « Dans un village du gouvernement de Tchernigov, du 30 au 31 août, une jeune fille tombe malade et meurt dans la nuit. Le jour de l'enterrement, son frère, *à la suite de quelques excès*, est atteint du choléra et succombe en vingt-quatre heures. Le père de ces deux jeunes gens ne tarde pas à les suivre. Une femme qui a donné des soins à cette famille meurt le lendemain; et deux jours plus tard, le mari de cette femme a le même sort. » Mais ne pouvons-nous pas appliquer à ce cas le raisonnement que nous avons fait tout à l'heure? Qui peut affirmer que la cause épidémique n'a pas agi seule dans la production de ces différents cas?

Le même auteur cite un fait qui a produit en Russie la plus profonde sensation : il s'agit de soldats qu'on envoie d'un pays infecté prendre les eaux minérales dans un endroit éloigné. A leur arrivée, la maladie se répand avec violence dans le pays où ils abordent; on crie à la contagion! Mais une enquête rigoureuse démontre que le choléra existait un mois avant l'arrivée de ces soldats! Combien de faits semblables ne trouverait-on pas, si l'on se donnait la peine de les scruter rigoureusement!

Si la contagion d'ailleurs jouait un rôle quelconque, si minime qu'il fût, dans la propagation du choléra, n'est-il pas évident, aux yeux du plus simple bon sens, que les personnes qui sont constamment en rapport avec les cholériques devraient être atteintes, sinon en totalité, du moins en plus grand nombre que celles qui évitent tout rapport contagieux? Et cependant qu'y a-t-il de mieux démontré que l'opinion contraire?

En 1832, sur 2,035 personnes employées spécialement, à Paris, au service

des cholériques dans les hospices et hôpitaux civils de Paris, tant sédentaires que temporaires, 138 ont été atteintes du choléra, et 45 ont succombé: c'est 1 malade sur 15, et 1 décès sur 45 (ou 22,11 sur 1,000); tandis que la moyenne des décès par suite du choléra dans la population entière de Paris a été de 1 sur 42(23,42 sur 1,000), c'est-à-dire un peu plus considérable.

Si du moins c'était là un fait isolé, exceptionnel, nous comprendrions qu'on voulût en nier les conséquences rigoureuses: mais non, partout où la même observation a été faite, partout elle a produit le même résultat avec une constance, une uniformité qui donnent à la non-contagion la certitude d'une vérité mathématique.

Ainsi : A Revel, sur 113 personnes attachées au service de l'hôpital des cholériques, 2 seulement ont été atteintes, un infirmier et une infirmière, et leur conduite n'était rien moins que régulière. (Gaimard et Girardin, p. 19.)

A Saint-Pétersbourg, sur 58 personnes attachées à l'hôpital temporaire des cholériques du quartier de l'Amirauté, une seule tombe malade pour avoir bu du kwas froid, ayant chaud; elle guérit. (*Id.*, p. 38.)

Sur 123 personnes attachées à l'hôpital de Moscou, 2 seulement sont atteintes. (*Id.*, p. 19.)

Sur 253 individus attachés au service des cholériques de l'hôpital de la Marine, à Cronstadt, 4 seulement sont atteints. (*Id.*, p. 29.)

Au Bengale, sur 250 à 300 officiers de santé, dont la plupart avaient visité un grand nombre de cholériques, *trois* seulement sont affectés du choléra, et un seul succombe. (*Rapport du docteur Ch. Mac-Lean sur les quarantaines.*)

Dans les prisons, où la population est si entassée, où les rapports des reclus malades et non malades sont si multipliés, la mortalité a présenté, en 1832, les proportions suivantes :

Dépôt de la Préfecture de police. . . .	1 décès sur	35,87	. . 29	sur 1,000
Maison d'arrêt (la Force.)	1 —	63,25	. . 16	—
Maison de justice (la Conciergerie). . .	1 —	17,60	. . 57	—
Maison de Saint-Lazare.	1 —	41,70	. . 24	—
Sainte-Pélagie . . { Correction	1 —	27,09	. . 37	—
Sainte-Pélagie . . { Dettes.	1 —	40,00	. . 25	—

Aux Jeunes-Détenus, un seul décès par suite du choléra a eu lieu sur une population de 278 détenus.

En résumé, dans une population placée dans les conditions les plus favorables à la contagion, la mortalité n'a été que de 1 sur 71, c'est-à-dire inférieure à celle de la ville. Nous avons d'ailleurs expliqué par des considérations hygiéniques cette différence de mortalité.

Qui donc empêche que des faits aussi évidents, aussi constants, frappent tous les yeux, et que certains esprits se refusent d'en tirer les conséquences rigoureuses qui en découlent? Ce qui l'empêche, ce sont quelques autres faits que l'on considère comme des exceptions. Dans ces cas, on peut être induit en erreur, et attribuer à la contagion ce qui dépend du développement naturel de la maladie; mais on ne sera induit en erreur qu'à la condition de ne considérer que quelques faits en particulier, en négligeant complétement les faits généraux. En procédant d'une manière contraire, il sera toujours facile de s'assurer si la maladie est plus fréquente parmi ceux qui s'exposent à la contagion, condition absolument indispensable pour que la contagion joue un rôle quelconque dans la production de la maladie. En effet, l'essence de la maladie ne peut varier; les individualités seules peuvent expliquer les différences d'action de la cause morbide. Or ces individualités étant en proportion égale dans toutes les localités, comme le prouve l'identité d'action des effluves marécageux, de la syphilis, du sulfate de quinine, de l'arsenic, etc., nous aurions raison de dire qu'admettre que le choléra peut se communiquer par contagion à Bruxelles et non pas à Paris, c'était croire que l'acide prussique pouvait tuer ici, et là être innocent. Rien ne peut être plus rigoureux qu'un semblable raisonnement.

Ces principes étant posés, nous appe-

santirons-nous sur les prétendues exceptions qu'on a invoquées en faveur de la contagion? Cela ne nous paraît pas bien nécessaire. Nous dirons cependant qu'il y a de quoi s'étonner des illusions que ces exceptions prétendues ont pu faire naître.

Comment ! on sait que chaque jour rayonne de Paris vers tous les points de la France une masse énorme de voyageurs; on sait que l'influence épidémique plane sur le pays tout entier, et l'on s'étonne que cette influence manifeste ses effets dans une localité précisément le jour où un voyageur arrive de Paris! Mais ne devrait-on pas, au contraire, être très surpris qu'il en fût autrement? Il faudrait au moins, pour que les exceptions qu'on invoque eussent quelque probabilité en leur faveur, que l'importation présumée se fût effectuée dans des localités absolument soustraites à l'influence épidémique, comme l'Espagne, par exemple, qui chaque jour reçoit des voyageurs de Paris depuis trois mois, et qui cependant attend encore le choléra.

Dirons-nous maintenant un mot de l'influence déplorable que peuvent avoir pour l'humanité les idées contagionistes? Nous ne le croyons pas. Nous sommes de ceux qui pensent qu'en fait de science on ne doit avoir égard qu'au seul intérêt de la vérité, et qui pensent même que cet intérêt est toujours celui de la société. Dans cette circonstance, cela est plus vrai que jamais; car ceux qui abandonnent indignement sans secours leurs concitoyens en proie à la maladie n'obéissent pas seulement aux plus honteuses passions, mais encore à une absurde erreur.

Infection. — Mais le choléra se transmet-il par infection, comme le typhus? Une atmosphère toxique se développe-t-elle, se condense-t-elle autour d'individus frappés du choléra? Ainsi que la cause du typhus, la cause du choléra émane-t-elle, s'exhale-t-elle du corps des cholériques pour agir médiatement ou immédiatement sur des individus disposés à être frappés de la maladie? La cause épidémique peut-elle être transportée par des masses d'individus, qui la traîneraient après eux comme un funeste bagage? Ce sont là de simples suppositions qu'aucun fait positif n'autorise à admettre, que rien d'ailleurs ne nécessite, puisque l'existence d'une cause épidémique rend suffisamment raison des faits observés. Toutefois nous croyons d'un bon esprit de ne pas rejeter tous les faits qui semblent prouver l'existence de la contagion d'une manière absolue, et qu'il est sage de les soumettre ultérieurement à une méditation attentive et scrupuleuse.

Traitement prophylactique du choléra-morbus épidémique. — Nous n'insisterons pas sur ce traitement. Nous avons déjà fait ressortir tous les avantages d'une hygiène bien entendue, de la sobriété et d'une vie réglée. Il faut combattre les premiers symptômes, soit par une saignée dans le cas où l'état du sujet l'indique, soit en arrêtant les évacuations par le repos du tube digestif, la diète, les boissons adoucissantes.

S'il se joint un état saburral à des vertiges, on peut donner sans crainte un éméto-cathartique. On entretiendra une chaleur douce autour du corps; on prescrira le repos au lit pour favoriser l'action de la peau; on y joindra une alimentation légère, ou seulement du bouillon; quelques adoucissants, des boissons théiformes, une faible dose d'opium, des quarts de lavement amylacé avec 8 à 10 gouttes de laudanum, l'eau-de-vie édulcorée avec un sirop astringent, et le soir une ou deux doses de poudre de Dower.

Pendant la durée de l'épidémie, on doit éviter avec soin les excès de tout genre, de boissons, d'aliments indigestes, de femmes; se prémunir contre le refroidissement la nuit et le jour, car le refroidissement produit souvent la diarrhée, et se garder de tout mouvement de frayeur, qui ne la provoque pas avec moins de fréquence.

Beaucoup de personnes se sont imaginées qu'en adoptant un régime excitant, et prenant du thé, du café, du vin pur, etc., elles se mettaient à l'abri du choléra, et beaucoup de médecins ont eux-mêmes conseillé ce régime. Le meilleur moyen, selon nous, est de ne rien changer à ses habitudes, à son régime ordinaire, quand on s'en trouve bien et que d'ailleurs ce régime et ces habitudes sont sains et raisonnables. C'est à tort que l'on a proscrit d'une manière générale les fruits, les légumes, le laitage; ces substances, de

bonne qualité et prises modérément, ne sont pas nuisibles. Tout en évitant, ainsi que nous l'avons dit, le froid et l'humidité, nous doutons que les vêtements, les ceintures de laine, que l'on a tant prodigués, aient une utilité bien réelle.

On doit éviter les veilles et les travaux fatigants, intellectuels, et les impressions vives, rechercher les distractions agréables; celles que l'on prend au milieu d'un grand nombre d'individus ne sont pas toujours sans inconvénients et même sans danger. On ne doit pas se priver entièrement du spectacle et des réunions d'amis, mais il faut en user modérément et à intervalles assez éloignés. L'exercice modéré à la campagne est salutaire; mais il faut éviter les marches forcées, la chasse poussée à l'excès.

Traitement curatif du choléra-morbus épidémique. — « Y a-t-il un remède contre le choléra? Le traitement du choléra doit-il être toujours le même? Dans le monde, on ne cesse d'adresser cette question aux médecins : A-t-on trouvé le remède du choléra? Non, on n'a pas trouvé le remède du choléra, pas plus qu'on n'a trouvé celui de la variole ou de la fièvre typhoïde. On a trouvé des spécifiques contre la syphilis, contre la fièvre intermittente, parce que ces maladies reconnaissent une cause spécifique. Cependant il ne serait peut-être pas impossible qu'on parvînt un jour à trouver un moyen préventif comme on en a trouvé un pour la variole; mais, à supposer qu'on trouvât un remède spécifique, il n'y aurait pas moins à varier les moyens de traitement en raison de la diversité des phénomènes de la maladie. Nous en sommes donc réduits, pour le traitement du choléra, à la thérapeutique des symptômes. Cette thérapeutique, pour être empirique, n'en est pas moins efficace dans un certain nombre de cas. La preuve, c'est qu'en 1832 nous avons sauvé un plus grand nombre de malades parmi ceux qui étaient pris dans l'hôpital, et qui recevaient immédiatement les secours de l'art, que parmi ceux qui venaient du dehors, et qui ne recevaient toujours que très tard les premiers soins. Cela seul suffirait pour montrer la part du traitement sur l'issue heureuse de la maladie. » (Chomel, *Gaz. des hôpitaux*, 19 avril 1849.)

En 1832, dit à son tour M. Gendrin, la plupart des médecins se trouvaient devant l'invasion du choléra sans idées arrêtées; la plupart même n'avaient jamais lu les auteurs qui ont écrit depuis 1817 sur cette maladie.

« Cette circonstance a fait qu'au début les médecins se sont trouvés dans cet état de tâtonnement préliminaire dont parle Sydenham. Mais depuis longtemps les médecins français ont été portés à faire de la médecine empirique. Il ne faut donc pas s'étonner si l'apparition d'une maladie nouvelle provoque une recrudescence de fièvre expérimentale. On essaya tout : le phosphore, le punch, l'éther, la glace, l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, les purgatifs, le muriate de soude, le sulfate de soude, l'ipécacuanha, le sulfate de quinine, etc. Mais ces expériences mal faites n'eurent aucun résultat, et beaucoup de médecins, à la fin de l'épidémie, n'avaient rien appris. Beaucoup aussi observèrent convenablement, et bientôt adoptèrent un traitement que l'on doit considérer comme rationnel, si l'on veut bien avoir égard à la nature de la maladie. » (*Gazette des hôpitaux*, 5 avril 1849.)

Le traitement doit varier selon les formes et l'intensité de la maladie, selon la nature des symptômes et la constitution du sujet. Nous suivrons ici les deux auteurs que nous venons de citer et qui ont résumé d'une manière assez complète les idées actuelles sur le traitement du choléra.

Ainsi M. Chomel admet, comme nous l'avons dit, quatre formes du choléra, qui sont : la forme phlegmasique, la forme nerveuse, la forme gastro-intestinale et la forme cyanique ou asphyxique.

Dans la première forme (*phlegmasique*), les symptômes ayant de grandes ressemblances avec ceux d'une gastrite ou d'une dyssenterie, c'est, dit M. Chomel, « à des moyens analogues à ceux que réclament ces phlegmasies que nous avons recours dans ce cas; c'est-à-dire aux saignées locales, sangsues et cataplasmes sur le ventre, bains, boissons émollientes, adoucissantes, additionnées d'opium. Si, en même temps qu'une douleur fixe à la région épigastrique ou sur le trajet du côlon, il y a une chaleur halitueuse de la peau, si le pouls est plein et résistant, j'ai re-

cours à la saignée générale, dont je seconde ensuite l'action par les boissons adoucissantes, les bains, les cataplasmes sur le ventre; en un mot, tout le traitement antiphlogistique dans son ensemble; mais je dois ajouter que ce traitement doit être fait avec toute la modération que recommandent la faiblesse et la prostration extrêmes qui suivent toujours l'accès de choléra. » (*Loc. cit.*)

Dans la forme *nerveuse*, lorsqu'il y a des douleurs, des crampes, des tiraillements dans les intestins, ce même praticien a recours à l'opium principalement. Il l'administre par la bouche ou en lavement, suivant que l'une ou l'autre de ces deux voies est plus intacte et mieux en état d'assurer l'efficacité du remède; mieux serait encore de le donner par les deux voies à la fois, si la chose est possible. Dans les cas où il y aurait impossibilité de l'administrer par aucune de ces voies, il faudrait avoir recours à la méthode endermique.

Si, comme cela se rencontre assez souvent, ces deux formes sont associées, il faut faire marcher de front les deux ordres de moyens que nous venons de signaler, les antiphlogistiques et l'opium, en insistant plus ou moins sur l'un ou sur l'autre, suivant qu'il y a prédominance de la forme nerveuse ou de la forme phlegmasique.

Dans la troisième forme, qu'il appelle *gastro-intestinale*, « tantôt, dit M. Chomel, ce sont les vomissements qui tourmentent le plus les malades, tantôt la diarrhée. Contre les vomissements, ce qui convient le mieux, c'est la glace en petits fragments ou mieux pilée en neige. J'aime mieux cette dernière manière de faire prendre la glace, et voici pourquoi. Lorsqu'on donne la glace en morceaux, les malades les laissent fondre ordinairement dans la bouche et y gardent l'eau plus ou moins longtemps avant de l'avaler, de sorte que souvent elle est déjà chaude quand elle arrive dans l'estomac; dans ce cas la glace ne remplit pas le but qu'on se propose, tandis que ce but est parfaitement atteint par la glace pilée, qui est avalée immédiatement dans l'état où on l'administre. En donnant toutes les deux minutes environ une cuillerée de cette glace pilée, on arrête d'une manière presque constante les vomissements.

» On prescrit encore aussi avec avantage contre les vomissements l'opium, l'eau de Seltz frappée ou non de glace, la potion antiémétique de Rivière, le sous-nitrate de bismuth, le colombo.

» Enfin, dans les cas où les vomissements résistent avec opiniâtreté à ces divers moyens, il est rare qu'on ne les arrête pas par l'application d'un vésicatoire sur la région épigastrique, par des ventouses scarifiées ou des sangsues sur cette région, lorsqu'il y a des signes d'inflammation; ces derniers moyens sont plus rarement indiqués, et moins efficaces dans leur action que le vésicatoire.

» La diarrhée est combattue par des moyens analogues : peu ou point de boissons; opiacés et astringents, tels que l'alun, le ratanhia, la monésia, etc. Il est utile, en général, de se servir, pour administrer en lavements, de substances qui ne soient point colorées, afin de ne pas dénaturer ou déguiser par une coloration artificielle l'aspect naturel des selles, qu'il importe tant de constater. Lorsque la diarrhée est très intense et incessante, il faut, comme pour le cas de vomissements opiniâtres, recourir à l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen. » (Chomel, *loc. cit.*)

« Mais ce n'est pas assez, dit M. Gendrin. Si la maladie a quelque intensité, il faut faire pénétrer dans l'économie des médicaments qui diminuent la sécrétion intestinale; c'est dans ce but qu'on donne ces préparations opiacées qui sont reconnues comme pouvant diminuer considérablement les sécrétions de toutes les cryptes et surtout de celles de l'intestin.

» Il faut le prescrire à dose élevée, parce que la préparation opiacée arrivant au milieu des nausées est délayée. Une grande partie est rejetée avec les excrétions; une petite quantité est conservée et exerce son action.

» On donne l'opium en solution ou la teinture d'opium. Toutes les préparations opiacées, en un mot, trouvent leur place pendant la première période, avec la saignée. L'un exerce une influence topique, outre son action sur les sécrétions; l'autre

exerce son action sur les capillaires. » (*Gazette des hôpitaux*, loc. cit.)

Forme cyanique. — « La forme dans laquelle la circulation et la calorification sont principalement et profondément altérées est celle qui exige la plus grande et la plus constante attention de la part du médecin. Lorsque le malade est froid, il faut immédiatement recourir aux moyens artificiels de calorification. Les boules chaudes que l'on emploie communément à cet usage sont très insuffisantes, à cause de leur forme qui ne permet de les mettre en contact avec le corps que par un point. On avait imaginé, en 1832, des plaques métalliques concaves, de différentes formes et de différentes dimensions, de manière à ce qu'on pût les adapter à volonté à toutes les parties du corps; mais la difficulté et l'embarras d'un pareil moyen ont dû y faire renoncer. Des sachets de sable fin et convenablement chauffé sont beaucoup plus commodes, à cause de la facilité avec laquelle on peut les manier et les plier à toutes les formes possibles. C'est d'ailleurs un moyen que l'on trouve partout à improviser facilement. C'est, à notre avis, un des meilleurs.

» Les douches de vapeurs chaudes, sèches ou humides, sont aussi appelées à rendre de grands services dans cette forme du choléra. Toutefois, entre ces deux sortes de douches, je préfère de beaucoup les vapeurs sèches aux vapeurs humides. En voici la raison. Les cholériques sont en général disposés, surtout dans cette forme de la maladie, à une sueur froide, visqueuse, plus ou moins abondante, qui concourt avec les vomissements et les selles à produire une véritable colliquation. Or le dégagement de vapeurs humides autour des malades ne fait qu'ajouter encore à cette disposition. Il vaut donc mieux chercher à réchauffer les malades au moyen de vapeurs sèches que l'on fait parvenir dans leur lit par un mécanisme simple, qui consiste tout bonnement en une lampe à alcool et un tube coudé. C'est un des moyens les plus efficaces et en même temps les plus faciles à mettre à exécution.

» Il est d'autres moyens encore de réchauffer les malades, en excitant ou en relevant leur chaleur naturelle. Ces moyens sont les frictions et les applications topiques stimulantes. Parmi les frictions, celles que je préfère, sont les frictions sèches de fumées aromatiques, telles que les fumées de benjoin, d'encens ou de baies de genièvre. Cette préférence est fondée sur les mêmes motifs qui nous font administrer des douches de vapeurs sèches plutôt qu'humides : les frictions n'ont pas seulement pour but et pour effet de rappeler à la peau la chaleur qui l'a abandonnée; elles ont pour effet aussi d'activer la circulation. On sait combien la circulation, la circulation capillaire surtout, est ralentie chez les cholériques et de quelle importance il est de l'exciter. Les frictions sont un des meilleurs moyens pour exciter la circulation capillaire; mais elles ne sont efficaces qu'à la condition d'être faites avec une grande énergie et avec une activité soutenue. Il faudrait pour bien faire quatre personnes au moins pour frictionner un malade, et cela pendant plusieurs heures. On conçoit combien il est difficile de mettre un pareil moyen en usage dans les hôpitaux. C'est sur le dévouement seul des parents et des amis qu'on peut compter pour retirer de ce moyen tout le bien qu'il peut produire. J'ai vu en ville des malades qui, après huit heures de froid et d'absence complète de pouls, ont été littéralement rappelés à la vie par des frictions faites pendant plusieurs heures de suite avec une énergie extrême et incessante. C'est par ce même moyen que l'on est parvenu, en 1832, à rappeler à la vie notre ancien doyen.

» On a conseillé aussi de frictionner avec de la glace. Ce moyen peut être bon lorsqu'il y a encore une certaine chaleur et qu'on peut compter sûrement sur la réaction, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'individus jeunes, d'une constitution robuste, et chez qui le froid ne date encore que de peu de temps. On pourra le hasarder dans ce cas; mais on devra se garder d'user d'un pareil moyen chez des sujets débiles, à réaction difficile, et dans les cas où le refroidissement dure déjà depuis longtemps.

» A l'intérieur, il faut avoir recours aux moyens propres à relever les forces. Des infusions de thé ou de menthe, le punch, les boissons alcooliques, remplissent assez bien cette indication; mais leur usage n'est

pas convenable lorsque, en même temps qu'ils ont un froid extérieur intense, les malades éprouvent un vif sentiment de chaleur à l'intérieur. Dans ces cas, il faut asssocier la glace à quelques substances excitantes.

» Les crampes doivent être combattues par des frictions avec des liniments opiacés et par l'opium à l'intérieur.

» La dyspnée est un des symptômes les plus graves et les plus difficiles à combattre; c'est celui peut-être qui demande le plus d'attention de la part du praticien. Si elle s'accompagne de phénomènes de réaction fébrile, il faut pratiquer une saignée générale; mais c'est le cas le plus rare: le plus ordinairement, au contraire, la dyspnée est accompagnée d'absence de pouls, de refroidissement général du corps et de cyanose. Dans ce cas, c'est à l'éther, aux préparations opiacées et aux toniques diffusibles qu'il faut avoir recours. Ces derniers moyens devront être employés de préférence quand c'est la faiblesse qui est le symptôme dominant; ils seront employés à l'exclusion des opiacés quand il se manifestera des accidents, et l'on y joindra les révulsifs, vésicatoires sur les membres; les laxatifs conviennent à cette période; on doit les donner au risque même de provoquer le retour de la diarrhée, car il ne faut pas craindre, en présence d'un danger aussi imminent, de réveiller quelques symptômes. » (Rostan, *loc. cit.*)

Période de réaction. — « La circulation se rétablit, et la réaction en est la conséquence : alors il se crée des opportunités nouvelles; des congestions s'établissent vers le cerveau et le tube intestinal; il faut donc se mettre en garde contre les accidents ultérieurs, et pour cela il faut régler la réaction.

» Cette réaction est imparfaite si la phlegmorrhagie a été abondante, si la constitution du malade était débilitée, si les urines ne se rétablissent pas. Il faut dans ce cas prolonger l'emploi des moyens déjà mis en usage, continuer les stimulants internes et externes ; les applications de sinapismes trouvent ici leur place.

» Si, au contraire, la réaction est énergique, s'il y a imminence de coma, une petite saignée pourra empêcher la métastase.

» Si la réaction est bien établie, la méthode expectante vous réussira ; mais, si une variation quelconque survient, soyez attentif pour mener à bien la maladie.

» Maintenant, on peut encadrer dans cette médication divers moyens de traitement : les émétiques, les sels neutres à l'intérieur, qui modifient instantanément la sécrétion des cryptes mucipares de l'intestin. A Vienne, à Constantinople, on a prescrit dans ce sens les émétiques, l'ipéca, donnés à doses fractionnées dès la période cyanique, et l'on paraît en avoir obtenu de bons résultats. Sous l'influence de ces vomitifs, on a été quelquefois assez heureux pour provoquer par leur action topique une modification de la sécrétion intestinale ; en outre, les secousses provoquées par les efforts de vomissements activent la circulation, et ont une influence très grande pour modifier les sécrétions ; elles peuvent ainsi contribuer à l'établissement de la sécrétion urinaire.

» Quand la réaction est établie, s'il existe un état saburral prononcé, les émétiques rendent encore les plus grands services.

» Parmi les purgatifs, le sulfate de soude à dose presque continue a été préconisé comme moyen de diminuer les sécrétions, car on sait qu'après la purgation tous les sulfates provoquent une constipation consécutive ; c'est ce qui les fait employer depuis longtemps contre la dyssenterie et la cholérine.

» Le sulfate de soude donné au début, pendant la période phlegmorrhagique, supprime quelquefois les excrétions intestinales. On donne 80 à 100 grammes de sel dans 200 à 250 grammes d'eau, par cuillerées dans de la tisane, tous les quarts d'heure, toutes les vingt minutes.

» Dans la période de réaction, on en tire des avantages quand il survient des phénomènes saburraux évidents. » (Gendrin, *loc. cit.*)

A côté de ces modes de traitement que nous pourrions appeler éclectiques, nous croyons devoir faire connaître celui qui a été préconisé par M. Bouillaud, plus exclusif et portant avec lui le cachet de la doctrine dont il a été l'un des principaux disciples. Il s'agit de la période algide ou

des grandes évacuations cholériques. Nous passerons ensuite en revue les divers moyens employés, en y joignant une courte appréciation; ce sera ainsi compléter tout ce que nous savons sur cette partie si importante de l'histoire de cette terrible épidémie.

« Dans la période algide, dit le professeur de la Charité, les malades éprouvent, en général, une grande répugnance pour les boissons chaudes et trop sucrées; ils demandent avec instance, au contraire, les boissons les plus fraîches. On peut, avec avantage, satisfaire cette sorte d'instinct des malades. La limonade, les solutions de sirop de gomme, de groseilles, l'eau pure, frappées de glace, la glace elle-même en fragments, sont assurément les boissons qu'on administre avec le plus de succès : on doit surtout insister sur la glace, que les malades dévorent avec une sorte d'avidité, et qui, seule, calme souvent les vomissements les plus opiniâtres. Quant aux boissons, elles doivent être prises en petite quantité, si l'on veut qu'elles ne provoquent pas de vomissements.

» Il y a loin sans doute de cette méthode à celle qui fut suivie généralement au commencement de l'épidémie. Alors, nous gorgions en quelque sorte nos malades de thé, d'infusion de menthe ou de mélisse. Mais l'expérience a prononcé entre ces deux méthodes, et donné gain de cause à celles que nous recommandons actuellement. Ce n'est que dans certains cas exceptionnels qu'il faut donner la préférence aux boissons chaudes et légèrement stimulantes; dans ces cas même, il est rare que l'on ne soit pas obligé de faire alterner les boissons fraîches avec les infusions théiformes, tant est vive l'appétence des malades pour les boissons fraîches.

» Il est bien entendu que, pendant toute la durée de la période algide, la diète la plus absolue doit être prescrite. On a vu, dans les premiers temps de l'épidémie, des praticiens, frappés de la profonde faiblesse des malades, prescrire des bouillons, et même de légers potages. Mais l'expérience n'a pas tardé à leur apprendre combien une telle méthode était peu propre à relever les forces. D'ailleurs, le plus ordinairement, ces aliments étaient vomis immédiatement après leur ingestion.

» Si, pendant la période algide, le pouls offre encore un certain développement, bien qu'il soit cependant plus petit que dans l'état normal, il est utile, après avoir réchauffé convenablement les malades, d'appliquer un certain nombre de sangsues, soit à l'épigastre, si les vomissements prédominent sur les évacuations alvines, et la douleur épigastrique ou la *cardialgie* sur les coliques, soit sur l'abdomen ou à l'anus dans le cas opposé. Lorsque, pour me servir du langage de Dupuytren, l'irritation *sécrétoire* ou phlegmorrhagique paraît s'opérer à la fois dans toute l'étendue du tube digestif, des sangsues seront disséminées sur les diverses régions de la cavité abdominale. Le nombre des sangsues doit varier selon l'état général des malades, l'âge, le tempérament. Chez les sujets jeunes encore ou adultes, on peut en appliquer depuis vingt jusqu'à trente, et même quarante, si le malade est d'une constitution vigoureuse et sanguine, que le pouls soit convenablement conservé, le refroidissement médiocre, et si les évacuations n'ont pas encore entraîné un profond épuisement. Cependant, dans la grande majorité des cas, il convient de s'en tenir au nombre de vingt à vingt-cinq. Après la chute des sangsues, on favorise l'écoulement du sang par les piqûres, au moyen de cataplasmes émollients ou de fomentations de même nature appliqués sur l'abdomen. On peut arroser les cataplasmes avec une quinzaine ou une vingtaine de gouttes de laudanum, ou bien faire entrer la tête de pavot dans la décoction qui sert à composer ces cataplasmes.

» A défaut des sangsues, on aura recours aux ventouses scarifiées.

» Si une première émission sanguine a été suivie d'un notable soulagement, et que la faiblesse générale ne soit pas extrême, il peut être utile de renouveler ce moyen.

» Des lavements, composés de la moitié ou du quart de la quantité de liquide qu'ils contiennent ordinairement, seront administrés toutes les trois, quatre ou cinq heures. Ces lavements seront préparés avec une simple décoction de racine de guimauve ou de graine de lin, ou bien avec la décoction de ces substances et de têtes de pavot. On ajoutera avec avantage, à ces décoctions, six, huit ou dix gouttes

de laudanum et une petite quantité d'amidon.

» Enfin, on pourra donner de deux heures en deux heures une cuillerée d'un julep gommeux, auquel on aurait ajouté dix, douze ou quinze gouttes de laudanum, ou bien une demi-once de sirop diacode. Toutefois, il n'y a aucun inconvénient à se dispenser dans beaucoup de cas, de ce dernier moyen, surtout lorsque les malades, comme cela est si ordinaire, éprouvent de la répugnance pour les liquides sucrés ou gommeux.

» On voit que nous ne proscrivons pas complétement du traitement de la période algide les opiacés, et entre autres le laudanum, tant vanté par l'immortel Sydenham ; mais nous ne pouvons approuver aujourd'hui l'administration des préparations opiacées à très haute dose. Séduits et entraînés par l'autorité de ce grand-maître, les médecins de l'hôpital de la Pitié, dont j'avais l'honneur de faire partie alors, soumirent indistinctement tous les cholériques qu'ils reçurent dans les deux premiers jours à des doses énormes et presque effrayantes de laudanum (1).

» Les malades ne parurent en éprouver aucun soulagement marqué, et plusieurs d'entre eux tombèrent dans un état de narcotisme assez inquiétant. Cet accident aurait sans doute été plus fréquent encore, si les lavements et les potions fortement laudanisés n'eussent été rejetés immédiatement après avoir été pris. Quoi qu'il en soit, on fut obligé de renoncer à cette pratique.

» Convient-il de pratiquer une ou plusieurs saignées générales dans la période algide du choléra-morbus? Ainsi que d'autres médecins, nous avons eu recours à la phlébotomie, dans un certain nombre de cas. Nous pensons qu'à moins d'avoir affaire à des sujets pléthoriques, prédisposés aux congestions sanguines, il est, en général, prudent de s'abstenir de ce moyen, qui ajoute souvent beaucoup à la profonde prostration des forces.

» Tous les préceptes que nous venons de poser supposent que le choléra algide n'est pas encore arrivé à ce degré où les selles blanchâtres ont fait place à ces selles rougeâtres, sanguinolentes, qui sont d'un si funeste présage ; à ce degré où le pouls a cessé complétement, est glacial, et la coloration bleue extrêmement foncée. Ce dernier cas échéant, quelle devra être la conduite du médecin ? Il faut alors, à notre avis, renoncer aux émissions sanguines, du moins jusqu'à ce que, par l'emploi des moyens que nous indiquerons plus bas, on ait ranimé, si la chose est possible, la chaleur et la circulation. Au reste, c'est bien vainement que, dans la plupart de ces cas, on pratiquerait des saignées soit générales, soit locales. La veine ouverte fournit à peine quelques gros ou seulement quelques gouttes de sang noir, visqueux, très épais, et les sangsues ne prennent pas, ou si elles prennent, elles tombent avant de s'être remplies, et leurs piqûres ne saignent pas.

» Dans des circonstances aussi fâcheuses, on doit se borner, en ce qui regarde l'affection de l'appareil digestif, aux autres moyens que nous avons détaillés plus haut. Ce n'est plus à une maladie, c'est à une véritable agonie que le médecin se trouve alors avoir affaire : or le don des miracles n'est pas malheureusement du nombre de nos moyens thérapeutiques. » (Bouillaud, *Traité pratique du choléra-morbus*, p. 293.)

Traitement de la diarrhée cholériforme, ou choléra des enfants. — Nous trouvons dans une leçon de M. Trousseau, dont nous avons déjà cité une partie, des préceptes fort sages et fort utiles pour le traitement de cette forme chez les jeunes enfants :

« Parmi les moyens que l'on conseille ordinairement se trouve l'opium ; c'est le moyen qu'on emploie toujours quand on ne sait que faire : les malades et les parents sont contents, les uns parce qu'ils cessent de souffrir, les autres parce qu'ils croient les malades mieux. Mais quand on emploie l'opium dans le cas dont nous nous occupons, les enfants tombent dans la stupeur et meurent un peu plus vite ; si l'on prescrit des lavements opiacés, la diarrhée s'arrête, mais les vomissements

(1) Il fut résolu, dans la réunion des médecins qui eut lieu le 1er avril : 1° que l'on donnerait, de demi-heure en demi-heure, une cuillerée d'une potion composée de trois onces d'infusion de tilleul, d'une once de sirop de fleurs d'oranger et de *trois gros de laudanum* ; 2° qu'on ajouterait *un gros de laudanum* aux lavements émollients qui seraient administrés aux malades.

(*Note de l'auteur.*)

deviennent plus violents. Il y a entre l'estomac et le gros intestin une sorte de bascule qui fait que les uns augmentent quand les autres s'arrêtent; de sorte que, quand l'estomac semble souffrir davantage, l'intestin se tait. Il s'ensuit qu'il faut bien se garder d'attaquer la diarrhée par le gros intestin chez les enfants qui ont de la tendance à vomir, en même temps qu'ils ont la diarrhée. Les enfants et les adultes qui ont le choléra meurent plus de vomissements que de diarrhée, et, nous l'avons vu encore dans cette épidémie, ceux qui ont les vomissements et le hoquet sont bien plus gravement atteints que les autres. Il en est de même chez les enfants; on peut arrêter la diarrhée par les lavements, mais les vomissements augmentent; le hoquet arrive et bientôt la mort. Quand on donne l'opium par l'estomac, je l'ai déjà dit, souvent la diarrhée et les vomissements se calment; mais survient la stupeur, et l'enfant succombe.

» On a donné tous les astringents connus, le tannin, le monésia, le ratanhia; ils ne sont d'aucune utilité. Mais une des médications les plus puissantes et les plus utiles est celle qui consiste à employer les vomitifs et les purgatifs. Les vomitifs, et notamment la poudre d'ipécacuanha, sont ce qui réussit le mieux; la diarrhée s'arrête, mais sa disparition ne provoque plus l'estomac, la médication agit comme substitutrice. Les purgatifs salins, et entre autres le sel de Seignette à la dose de quatre à dix grammes, suivant que les vomissements ont lieu ou non, sont d'un puissant secours.

» Voici pour la diarrhée et les vomissements; mais contre la sidération nerveuse que faut-il faire? Ce qui m'a le moins mal réussi, ce sont les bains de moutarde. On met dans une serviette 500 grammes de farine de moutarde, que l'on délaie dans l'eau froide; puis on noue la serviette de manière que la farine soit lâche, et enfin on la tord et on la presse jusqu'à ce que l'eau devienne jaune. J'ai dit qu'on doit délayer la farine dans l'eau froide, parce qu'alors l'huile essentielle de moutarde se développe en plus grande quantité. L'enfant, soutenu par la nourrice ou toute autre personne, est placé dans le bain; bientôt il commence à sentir l'action irritante du bain, que la personne qui le soutient sent aussi; quand la cuisson est devenue insupportable pour la personne qui le tient, il faut retirer l'enfant, le placer dans une couverture de laine et lui donner à l'intérieur du sirop d'éther par petites cuillerées à café. Voilà ce qu'il convient de faire si la sidération nerveuse est à son comble; c'est la première chose dont il faut s'occuper, exactement comme dans le choléra nous ne nous occupons pas d'abord de la diarrhée et des vomissements, mais de la sidération qui va tuer; et, quand la vie est ranimée, on s'occupe de la médication à opposer à la maladie des entrailles qui lui a donné lieu.

» Quand le pouls est revenu, nous essayons de modifier l'état particulier de la muqueuse à l'aide de nos médicaments substituteurs. Si l'enfant vit encore après quarante-huit heures, que la réaction et la chaleur à la peau persistent, on peut alors agir contre la diarrhée. Pour cela, on emploie soit une potion, soit un lavement avec le nitrate d'argent à la dose de 1 centigramme dans 30 grammes d'eau et 20 grammes de sirop simple pour la potion, et à celle de 5 à 10 centigrammes dans 250 grammes d'eau pour le lavement. On peut répéter ce lavement deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; mais, si les symptômes algides reparaissent, il faut revenir à la médication première.

» Il peut arriver aussi qu'après la réaction les enfants tombent dans un état typhoïde qui pourrait durer jusqu'à trois semaines; alors les bains frais très courts, de légères affusions froides, des boissons fraîches et un peu stimulantes, un peu de lait ou de bouillon font assez souvent cesser les accidents. » (*Histoire thérapeutique des diverses espèces de diarrhée*, *Gaz. des hôpitaux*, 1er septembre 1849.)

Traitement de la convalescence. Cette période mérite la plus grande attention, les rechutes du choléra étant fréquentes et le plus souvent funestes. Il faut avoir soin d'éloigner tout ce qui peut favoriser la persistance ou le retour des accidents; ainsi on doit entretenir autour du malade une douce température, et continuer l'administration de quelques moyens utiles contre les vomissements et la diarrhée, si ces accidents persistent. Aux malades affaiblis, on administrera de légers toni-

ques. Les Anglais se sont bien trouvés des lavements au bouillon de bœuf; il faut d'ailleurs mettre beaucoup de soin à graduer les aliments. On commencera par les plus légers, tels que l'eau de poulet, le lait de poule, le bouillon coupé, et l'on ne s'élèvera que par degrés aux aliments plus solides, plus substantiels; au reste, ces préceptes doivent être variés selon la marche et les variétés de la maladie. Si la convalescence est arrivée avec rapidité, on sera moins rigide; on sera plus prudent si elle ne s'est établie qu'avec quelque difficulté et d'une manière peu franche. Quant aux suites du choléra, on conçoit que le traitement doit varier selon la nature de la maladie consécutive, et qu'il nous est impossible de traiter de toute la pathologie à l'occasion d'une seule affection.

En dehors de ces médications générales, une foule de moyens particuliers ont été préconisés; quelques uns paraissent avoir procuré des succès; d'autres ont été oubliés aussitôt après avoir été mis en usage. Nous citerons les principaux.

Eau chaude. — A Varsovie, au rapport de M. Dalmas, on administrait aux malades, dans l'espace de deux heures, de douze à seize verres d'eau très chaude; cette médication aurait paru plus efficace que quelques autres.

Eau froide. — Lorsque les malades étaient gravement atteints, sans pouls, le docteur Casper, de Berlin, les faisait placer dans une baignoire vide, si leur peau était sèche, et pleine d'eau à 27°, si la peau était moite; puis il faisait verser quatre ou cinq seaux d'eau glacée sur la tête et les autres parties du corps; cette opération était renouvelée toutes les deux ou quatre heures; après chaque affusion, on essuyait les malades avec soin, et on les replaçait dans leur lit, en ayant soin de leur mettre des compresses trempées dans de l'eau froide, souvent renouvelées, sur le ventre, la poitrine et le dos; on y joignait des lavements d'eau glacée. Les essais faits à Paris de ce traitement n'ont pas été favorables.

Bains de vapeur. — Ce moyen est conseillé surtout par M. Piorry dans la période algide; ce médecin y voit le double résultat de ramener la chaleur dans toutes les parties du corps et d'introduire dans l'économie une proportion d'eau considérable. Il y ajoute les inspirations de vapeur d'eau lorsque le malade est de nouveau placé dans son lit; en même temps, boissons chaudes et excitantes, et vessies remplies de glace sur toute la surface de l'abdomen. Lorsqu'on voudra obtenir un effet immédiat, on pourra faire usage d'un mélange réfrigérant. La tête, les membres et la poitrine seront enveloppés de linges chauds. M. Rostan emploie aussi les bains de vapeur à 40° et 50° R., administrés au malade couché dans son lit et sans qu'il soit nécessaire de lui imprimer le moindre mouvement. Il préfère les bains de vapeur sèche.

Injections salines dans les veines. — Pour remplacer la déperdition des matériaux salins et du sérum chez les cholériques, le docteur Latta eut l'idée, en 1832 (*Gazette des hopitaux*, 9 juin), de faire des injections dans les veines. Il a injecté jusqu'à 15 kilogr. et demi de liquide dans l'espace de cinquante-trois heures; la matière des injections se préparait avec 8 gr. de carbonate de soude dans 4 kilogr. d'eau à la température de 108° à 110° Fahrenheit, ou 50° centigrades. Des expériences ultérieures, faites par M. Magendie et d'autres médecins, n'ont pas confirmé les résultats avantageux que M. Latta dit avoir obtenus. La manœuvre de cette opération nous paraît offrir quelque danger, et l'on pourrait bien déterminer une phlébite.

Transfusion du sang. — On l'a employée à Berlin, mais sans succès.

Eau salée et eau de mer. — M. le docteur Tardieu, qui s'était fait expédier du Havre un tonneau d'eau de mer, a administré l'un et l'autre de ces liquides, naturel et artificiel; cinq malades seulement en ont pris d'une manière un peu suivie, et les résultats n'en ont pas été avantageux. L'eau salée à la dose de 10 à 15 grammes par portion de 125 grammes, lui a paru avoir un peu plus d'efficacité pour déterminer la réaction que l'eau de mer elle-même (*Gazette des hôpitaux*, 5 et 8 mai 1849). Le traitement salin n'a eu aucun succès à Londres, entre les mains des médecins de *Saint-Bartholomeu's hospital.*

Ammoniaque liquide; eau de chaux; magnésie bicarbonatée. — M. Rostan dit avoir retiré peu d'avantages de ces moyens, administrés dans le but de dissoudre l'albumine du sang des cholériques et de diminuer sa plasticité. M. Baudrimont assure au contraire en avoir obtenu de très bons effets.

Bicarbonate de soude. — Selon M. Baudrimont, cette substance jouit, non seulement de la propriété de rendre au sang sa fluidité qu'il a perdue, mais elle *neutralise*, *en outre*, *complétement l'agent toxique qui produit le choléra.* La dose est de 10 grammes dans un litre de tisane tiède; si on le faisait bouillir, il se décarbonerait; on y joint des frictions avec l'huile et l'ammoniaque, et des sinapismes.

Il importe beaucoup de ne rien ajouter au traitement indiqué, à l'exception de quelques tisanes. Le laudanum est tout à fait nuisible et même très dangereux. Inactif dans la période algide, il donne la mort quand vient la réaction. Les saignées sont presque toujours impossibles et rarement utiles. Les anesthésiques, tels que le camphre, l'éther et le chloroforme, ne font qu'ajouter à la maladie. Heureusement leur effet n'est pas aussi persistant que celui des opiacés. Pendant la période de réaction, l'éther a cependant été donné avec succès pour arrêter les vomissements; mais c'est lorsque le bicarbonate de soude avait produit son effet. (Baudrimont.)

Natron carbonique. — M. Maxwell, médecin à Hayderabad Dekkan (Indes), a employé avec succès cette substance dès le début; il en donne une cuillerée à café dans une tasse d'eau d'orge aussi chaude que le malade peut la supporter. S'il la vomit, il la répète aussitôt avec un peu de teinture d'opium et une dose d'huile (huile de ricin ou tout autre remède apéritif) pour la faire arriver au siége du poison dans les intestins grêles. Dès qu'il y a trace de cette huile dans les évacuations alvines, la guérison a commencé, le malade urinera bientôt, et on peut le regarder comme sauvé. S'il y a lieu, on répète le médicament matin et soir à une plus petite dose.

Nitrate d'argent. — M. Barth le prescrit comme moyen de modifier la muqueuse intestinale et d'en modérer l'exhalation morbide. Il l'a d'abord employé en lavements à la dose de 15 à 20 centigr. dans 150 gram. d'eau distillée; mais il a bientôt reconnu l'insuffisance de ce mode d'administration, et, considérant que la supersécrétion continuait dans l'intestin grêle, il crut nécessaire d'introduire aussi le nitrate d'argent par les voies supérieures. Il donna alors ce sel en potion à la dose de 15 centigr. dans 125 gram. de véhicule; mais, à ce degré de concentration, la solution médicamenteuse lui a paru d'une saveur trop styptique, et il a réduit la quantité de nitrate à 5 centigr. pour 125 gram. d'eau distillée, sans adjuvant ni correctif.

Une amélioration incontestable ayant, selon M. Barth, dans plusieurs cas très graves, suivi de près l'administration de ce médicament, il s'est vu encouragé à en répéter l'emploi, et maintes fois depuis lors, soit à l'hôpital, soit dans la pratique particulière, il en a retiré des effets avantageux (*Histoire médicale du choléra de la Salpêtrière*, p. 30). M. Gendrin croit cette substance inactive par sa combinaison instantanée avec le chlorure de sodium qui se trouve en grande quantité dans l'estomac et les intestins des cholériques, combinaison qui donne du chlorure d'argent tout à fait inerte. De son côté, M. Rostan assure n'avoir trouvé aucun avantage dans l'emploi de cette substance en lavement. M. le docteur Duclos, de Tours, dit, au contraire, en avoir obtenu d'excellents effets dans l'entérite cholériforme des enfants; il le donne à la dose d'un centigramme en potion dans les vingt-quatre heures, et en lavements, si la diarrhée prédomine. (*Gazette des hôpitaux*, 12 mai 1849.) Nous avons vu que M. Trousseau le donne aussi avec avantage dans la diarrhée cholériforme des enfants.

Nitrate de bismuth. — Nous avons vu que dans la cholérine M. Monneret emploie avec succès le sous-nitrate de bismuth. Dalmas employait le nitrate de bismuth contre les vomissements du choléra, mais en l'associant à la belladone.

« Nous ne nous donnons point pour l'inventeur de ce remède; mais nous assurons l'avoir vu réussir souvent, et l'avoir em-

ployé nous-même avec le plus grand succès, tandis que le nitrate de bismuth seul échoue presque constamment. Nous prescrivons des pilules d'un grain de nitrate de bismuth pour un quart d'extrait de belladone, à prendre de demi-heure en demi-heure, ou d'heure en heure, suivant la fréquence des évacuations. Quand ce remède réussit, c'est au bout de deux ou trois heures. Les crampes de l'estomac deviennent de plus en plus rares, les vomissements aussi, et le malade y trouve un grand soulagement. » (Dalmas, *Dictionnaire* en 30 vol., t. VII, p. 529.)

Truffe. — M. Devergie a eu l'idée d'employer la truffe contre la diarrhée chlolérique, parce qu'il a observé qu'elle produisait la constipation. Il a eu recours d'abord à la décoction préparée en faisant bouillir pendant trois heures dans l'eau des lames très minces de truffes. 125 gr. de truffes ont donné cinq litres d'une tisane qui, passée à l'étamine, était incolore et légèrement opaline; elle n'avait pas d'odeur sensible; sucrée, elle a été trouvée très agréable par les malades.

Plus tard, il a fait préparer cette tisane dans un alambic, de manière à recueillir un litre d'eau distillée pour le même poids de truffes et cinq litres de tisane, l'eau distillée était chargée de tout le parfum de la truffe.

Ayant mis des truffes crues et coupées par tranches minces dans un mortier, on a cherché à les diviser pour les traiter par l'alcool; on a tout de suite obtenu une pulpe homogène, et l'on a été conduit ainsi à proposer des pilules que l'on peut préparer et conserver en mêlant à la pulpe une partie de sucre en poudre, et en enveloppant le tout d'une couche de gélatine. On pourrait obtenir une quatrième préparation, l'opiat, en mélangeant la pulpe à du miel.

L'auteur croit que, de toutes les préparations truffées, l'eau distillée est la plus énergique, puisque 135 gram. de cette eau, administrés d'heure en heure par cuillerées à bouche, ont suffi pour arrêter les vomissements et la diarrhée chez les cholériques dans la période la plus grave. Il n'a pas employé l'opiat. (*Gazette des hôpitaux*, 12 avril 1849.)

Sassafras. — M. le docteur Michel dit avoir employé avec beaucoup de succès contre la diarrhée, et conseille dans le choléra cette substance à la dose suivante : on fait bouillir 16 gram. de sassafras dans 384 d'eau, réduire à 128 gram. On coule et l'on ajoute une cuillerée de rhum ou de bonne eau-de-vie. On en prend trois tasses par jour.

Le *stachys anatolica* (variété du *teucrium polium*), plante de la famille des labiées qui croît en Asie sur les pentes du mont Olympe, a été remis à l'Académie de médecine par M. Fauvel. Préconisé à Constantinople par M. Zorab, qui affirme avoir guéri tous ses malades, il l'employait en infusion ou en décoction (au moins 4 gros, 10 à 20 gram. et souvent beaucoup plus pour un litre d'eau), par petites tasses souvent répétées jusqu'à cessation des vomissements et de la diarrhée, et manifestation de la réaction. Alors il diminuait les doses et le cessait. D'ordinaire ces premières doses étaient rejetées; mais il n'en persistait pas moins, et au besoin il ne donnait le médicament que par cuillerées à bouche à quelques minutes d'intervalle. Une fois il l'a employé avec succès, réduit en poudre. Les moyens externes propres à favoriser la réaction sont employés en même temps. M. Baillarger l'a prescrit avec quelque succès à la Salpêtrière.

Le *haschish* (*cannabis indica*) a été employé à la dose de 10 à 30 gouttes de teinture dans 30 gram. d'eau, une ou deux fois en vingt-quatre heures, et par cuillerées dans une infusion de camomille. M. Villemin, médecin sanitaire au Caire, en a adressé quelques observations à l'Académie de médecine, et ce médicament a été employé sur lui-même avec succès.

Rompesaraguey. — Le docteur don Jose Maria Pacot, de la Havane, préconise cette plante de la famille des *synanthérées*, tribu des *carduacées* (syngénésie polygamie égale, L.). Les feuilles, surtout quand elles sont fraîches, répandent une odeur aromatique qui la rapproche de la tribu des corymbifères. Il y en a deux variétés : l'une blanche ; l'autre, de couleur foncée. C'est la première qui est employée contre le choléra, et qui est regardée comme un spécifique. Les feuilles jetées dans l'eau bouillante et données sous forme de bois-

son produisent les plus heureux résultats.

Armatures métalliques. — M. Burq, s'étant occupé de savoir quelle pouvait être l'influence des courants électriques multiples à la surface du corps dans certains accidents nerveux, a eu l'idée d'employer contre les crampes des *armatures métalliques*.

Ces armures ou armatures métalliques se composent de cercles ou anneaux en cuivre d'un nombre variable, comme celui des parties affectées, de 10 à 15 centimètres de large, d'une longueur et d'une forme convenables pour s'adapter aussi exactement que possible à toute la circonférence des membres ou du tronc sur lesquels on doit les appliquer ; leur application est facile pour tous, et, pour être efficace, elle doit durer aussi longtemps que l'accident nerveux lui-même qu'on veut combattre.

Quinze fois il a appliqué les armatures sur les cholériques des hôpitaux, et chaque fois les crampes, quelle qu'en fût la violence, ont disparu complétement presque aussitôt, et n'ont reparu que lorsque l'application a cessé d'être exacte et méthodique, ou bien lorsqu'elle n'a pas duré un temps assez long.

Le calomel, vanté par quelques médecins anglais, n'a pas réussi entre les mains des praticiens français. Nous ne ferons que noter les frictions mercurielles, le camphre, le charbon, les huiles essentielles, l'huile de pétrole, le tannin, le guaco, l'huile de cajeput, la vératrine, la magnésie, l'inspiration de chlore, d'oxygène, l'injection dans les veines du gaz hilarant (protoxyde d'azote), le chlorhydrate de morphine, le phosphore, le perchlorure de sodium, le sulfure, le sesquichlorure de carbone, la galvano-puncture, l'urtication par le dolichos pruriens. l'infusion d'arnica, l'éther sulfurique ; l'acétate de plomb et l'opium, qui ont eu quelque succès pour modérer la diarrhée, le perchlorure d'or et de sodium. Le chloroforme, comme stimulant à des doses de 10 gouttes répétées fréquemment, a paru utile aux médecins de *Guy's hospital*, à Londres.

Le sulfate de quinine, le quinquina, ont été prescrits, soit en boisson, soit en lavement, mais sans succès ; ils ont paru surtout indiqués dans quelques cas de choléra qui offraient des caractères d'intermittence.

ARTICLE VIII.

Constipation.

La constipation est l'état d'une personne qui ne peut aller à la selle, ou ne peut y aller que difficilement. Elle consiste dans le séjour prolongé que font les excréments dans les gros intestins et spécialement dans le rectum, et surtout le côlon descendant, qui est regardé comme le véritable organe défécateur. Cet état peut être naturel, physiologique et ne pas constituer une infirmité. Quelques personnes n'ont des évacuations alvines que tous les deux, trois, quatre, six, huit jours sans cesser de se porter parfaitement bien. D'autres, au contraire, se trouvent incommodées si elles ne vont à la garde-robe toutes les vingt-quatre heures.

La constipation pathologique peut tenir à une simple lésion fonctionnelle ou être le symptôme d'une affection organique du tube intestinal. Nous ne traiterons ici que de la constipation dite essentielle, et renverrons aux articles *Hernies*, *Rétrécissements*, *Cancer du rectum*, etc., tout ce qui concerne la constipation, qui est due à la présence d'une tumeur ou à une lésion matérielle des organes.

Causes de la constipation. — Les spasmes des intestins qui accompagnent la colique nerveuse, ou la colique saturnine, paraissent déterminer la constipation en pervertissant la sensibilité de cette portion du tube digestif. Les contractions spasmodiques du sphincter de l'anus, en s'opposant au relâchement de ce muscle, l'occasionnent.

Il en est ainsi des maladies aiguës ou chroniques du foie qui, en suspendant ou en altérant les fonctions de cet organe, empêchent ou diminuent l'écoulement de la bile, de l'occlusion plus ou moins complète du canal cholédoque par engorgement ou par un calcul biliaire, ce qui tient à ce que le conduit dans lequel circulent les matières décolorées et privées de la bile n'est plus suffisamment excité ; l'ictère est ainsi toujours accompagné de la constipation. L'usage habituel de certaines substances qui, resserrant les orifices des

glandes qui lubrifient les intestins et les matières qu'ils renferment, n'en laisse pas sortir assez d'humeurs; telles sont les substances styptiques et acerbes ingérées trop fréquemment et en trop grande abondance. L'habitude de boire et de manger moins que la nature ne l'exige amène également la constipation. Il en est de même de la diminution par causes inappréciables de la sécrétion des mucosités intestinales.

« La cause de la constipation peut encore venir des organes auxiliaires de la défécation. Ainsi l'action du diaphragme et des muscles abdominaux, si nécessaire à l'expulsion des fèces, venant à cesser par une cause quelconque, les matières retenues s'accumulent, se durcissent et séjournent dans leur réservoir; c'est ce qu'on observe quelquefois dans le rhumatisme aigu des muscles abdominaux. On observe la constipation dans les abondantes évacuations par d'autres émonctoires, comme celles qui ont lieu dans les maladies chroniques de la peau, dans les dartres, dans la gale ancienne, de même que dans l'augmentation de la sueur que des exercices violents peuvent occasionner, ou bien dans une sécrétion accidentelle qu'une large plaie détermine. Les sécrétions se suppléent réciproquement; l'une ne peut devenir plus active sans que l'autre diminue dans le même rapport. Les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière, susceptibles de produire la paralysie du rectum, telles que les hémorrhagies cérébrales, etc., donnent lieu à la constipation, ainsi que les accès d'hystérie, d'épilepsie, de mélancolie et de manie, dans lesquels elle se manifeste... Les affections morales amènent aussi la constipation. Bordeu cite l'observation d'une dame qui, à la moindre émotion, éprouvait une constipation de plusieurs jours. Fonseca rapporte l'observation d'une dame qui, à la suite d'une peur, resta constipée pendant quatre mois. Les chagrins, la terreur et la colère sont au nombre des passions dont les effets peuvent occasionner la constipation en dérangeant les digestions. » (Colon de Corbigny, *De la constipation*, p. 20.)

La présence de certains corps étrangers insolubles, tels que des pelotons de vers, des concrétions pierreuses, des noyaux de fruits, des poils, des fragments d'os, des grains de plomb, peut boucher, obstruer le canal intestinal et arrêter le cours des évacuations alvines; l'absorption trop énergique des vaisseaux lymphatiques, la négligence d'un stimulus habituel, l'usage d'aliments secs et visqueux, l'abus de médicaments âcres, irritants, narcotiques, une vie sédentaire, quelquefois un exercice un peu prolongé chez une personne prenant habituellement une vie peu active, sont autant de causes de la constipation.

On a signalé encore une autre cause qui consiste dans une conformation vicieuse du côlon. Des observations de ce genre ont été faites en Angleterre; et chez des sujets qui ont succombé aux suites de la constipation, on a trouvé une disposition vicieuse de cet intestin.

« La constipation est encore le produit d'un rétrécissement quelconque du conduit intestinal, dont une foule de causes peut diminuer plus ou moins le calibre. Cet effet est opéré tantôt par une bride, une sorte de diaphragme placé dans le rectum, tantôt par la compression qu'exerce sur cet intestin une tumeur voisine comme, par exemple, l'utérus développé dans la grossesse, une excroissance vaginale, une grosse pierre siégeant dans la vessie, etc. Dans d'autres circonstances, il est la suite de l'inflammation d'une partie plus ou moins grande de son étendue; inflammation qui peut même avoir pour résultat, soit l'adhérence des parois intestinales entre elles, et par conséquent une oblitération complète, soit l'induration et l'épaississement des tuniques, porté à un tel degré, que la cavité intestinale se trouve réduite au calibre du tuyau d'une plume à écrire. Ce rétrécissement peut encore survenir aux individus qui ont éprouvé de longues abstinences, des dyssenteries cruelles; il a toujours lieu dans cet affreux accident que l'on nomme *invagination*, *intussusception* des intestins (V. *Volvulus*). Mais une cause de toute autre espèce peut aussi s'opposer à l'expulsion des matières excrémentitielles, c'est la paralysie du rectum, en conséquence de laquelle cet intestin a perdu la faculté de se contracter. » (Renauldin, *Dict. des sc. médicales*, t. VI, p. 253.)

Du reste, pour bien faire comprendre

la source et le mécanisme de certaines constipations, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire ici un extrait que nous avons déjà fait connaître ailleurs (*Dictionnaire Fabre*, t. III) d'un mémoire fort intéressant, publié en août 1836, dans *The London medical and surgical Journ.*, par M. O'Beirne. Selon cet auteur :

« 1° Toute la portion du rectum comprise entre le sommet rectal et la terminaison du côlon, portion dont la longueur varie de 6 à 8 pouces, est totalement contractée et vide dans les intervalles d'une selle complète à une autre, du moins jusqu'à quelques minutes avant la nouvelle garde-robe. 2° Durant cette période, longue ou courte, le cul-de-sac rectal seul contient des excréments, mais ces matières sont en très petite quantité et sous forme de boulettes. 3° Le cul-de-sac rectal lui-même est toujours dilaté ou ouvert. 4° C'est à l'action musculaire de la portion contractée du rectum et non à celle des muscles sphincters de l'anus que nous devons la faculté de retenir et d'expulser à volonté les excréments. 5° C'est l'extrémité supérieure ou l'anneau de cette portion contractée, et non les sphincters, qui résiste à l'impulsion du diaphragme et des muscles abdominaux dans l'acte de la respiration. C'est elle qui supporte le poids et le volume des parties contenues dans la portion sigmoïde du côlon ; c'est elle enfin qui s'oppose à leur descente et qui supporte l'irritation de la présence des matières. 6° Par suite de cette fonction, les quelques fibres musculaires qui composent cet anneau supérieur acquièrent un plus grand degré d'irritabilité et de force contractile que celles de la portion inférieure du rectum. 7° Cet anneau supérieur doit être franchi par l'action combinée du diaphragme et des muscles abdominaux chaque fois que les matières de la portion sigmoïde du côlon doivent passer dans le rectum. 8° Le rectum n'est jamais rempli jusqu'à quelques moments avant la garde-robe ; et aussitôt qu'il est suffisamment plein, il se contracte et expulse les matières par l'anus. 9° C'est seulement dans le dernier acte de l'excrétion que les sphincters de l'anus peuvent, jusqu'à un certain point, retarder la défécation. 10° Aussitôt que cette fonction est accomplie, le rectum revient à son premier état de contraction oblitérative ; les sphincters ferment l'anus, et, ainsi que le docteur Elliotson l'a très à propos fait remarquer, les muscles releveurs de l'anus relèvent l'intestin dans sa position naturelle.

» En explorant l'état du rectum chez un grand nombre d'individus en bonne santé, à l'aide d'une sonde de gomme élastique que je passais jusque dans la portion sigmoïde du côlon, j'ai constamment trouvé que le passage de l'instrument était plus ou moins difficile jusqu'à l'extrémité supérieure du rectum ; arrivé à ce point, la difficulté ou la résistance augmentait très sensiblement. Ce point étant franchi, la sonde marche rapidement au dessus comme à travers un anneau plus ou moins serré. Alors on voit immédiatement des gaz ou des fèces liquides, ou les uns et les autres à la fois, sortir par la canule. La partie de l'instrument qui a franchi cet obstacle peut être ensuite ramenée très librement à travers l'anneau étroit. En retirant la canule, on ne la trouve salie de matières fécales que dans la portion qui avait dépassé cette limite. Chez quelques personnes bien portantes, j'ai aussi exploré le rectum avec mon doigt au moment où elles sentaient de légères envies d'aller à la garde-robe ; je l'ai examiné ensuite immédiatement après la selle, et je me suis assuré que cet intestin était dans l'un et l'autre cas vide et contracté.

» On convient généralement, d'après l'expérience, qu'on peut retarder artificiellement la marche des matières fécales dans le gros intestin, et en particulier dans le cœcum et le côlon. Or il est clair que cela n'aurait pu se faire s'il y avait une communication toujours béante entre la portion sigmoïde du côlon et le rectum. Le rectum, dans ce cas, serait nécessairement exposé à des accumulations fréquentes de matières ; les fonctions de la vessie en seraient très souvent dérangées, et les sphincters de l'anus, irrités par les fèces, obligeraient l'homme à aller à chaque instant à la garde-robe. L'homme serait donc alors privé de l'heureuse faculté dont il jouit de retenir les matières fécales, non seulement plusieurs heures, mais encore pendant plusieurs jours sans inconvénient.

Dans l'acte de la réception d'un lavement, tout le monde peut constater un certain degré de résistance que le liquide éprouve en remontant dans le rectum. Il est connu d'ailleurs par les personnes qui ont l'habitude de prendre souvent des lavements, que, quoique la seringue soit bien en ordre et bien chargée, quoique la canule soit convenablement introduite dans le rectum, il faut toujours une certaine force pour faire avancer le liquide. A quoi tient cette résistance, si ce n'est à la clôture assez solide du rectum? Le rectum est donc comme tous les organes musculeux creux, tels que la vessie urinaire, etc., qui restent à l'état de contraction jusqu'à ce qu'ils deviennent distendus par la matière qu'ils doivent contenir. J'ai administré moi-même des lavements à un grand nombre de personnes bien portantes de tout âge, et j'ai eu l'occasion de m'assurer des circonstances suivantes : chez les personnes robustes, le rectum se contracte très vigoureusement; de là la constipation habituelle en bonne santé; l'ascension du lavement offre chez ces sujets beaucoup plus de difficultés que chez les autres. Chez les personnes très faibles, au contraire, le lavement marche avec une très grande facilité par la raison opposée. Sur les personnes de constitution intermédiaire à ces deux extrêmes, on rencontre une foule de variétés faciles à expliquer. »

Symptômes de la constipation. — La constipation se traduit aux yeux des observateurs par les symptômes suivants : difficulté d'aller à la selle accusée par les malades, borborygmes, vents fétides, tension, dureté et sensibilité du ventre à la pression, coliques, pesanteur dans les lombes et à l'anus, douleur même dans ces régions; plus tard la langue prend un enduit grisâtre, le malade éprouve des éructations nidoreuses et fétides. L'appétit est diminué, et il a un sentiment de plénitude aussitôt après l'ingestion des aliments; bouffées de chaleur au visage, céphalalgie, éblouissements, vertiges, insomnie. Si la constipation se prolonge plus longtemps encore, qu'elle soit idiopathique ou dépende de la présence d'un corps étranger, du voisinage d'une tumeur, etc.; il se joint à ces accidents des vomissements, le hoquet, la rétention d'urine, des douleurs abdominales atroces; un écoulement de matières purulentes par l'anus, l'inflammation du péritoine, des intestins, la rupture, la gangrène et la mort. Les efforts violents que l'on fait pour aller à la selle peuvent en outre déterminer une hémorrhagie chez les jeunes gens, l'apoplexie chez les vieillards, des hernies à tout âge.

On diagnostique la constipation, non seulement, ainsi que nous venons de le dire, par le rapport des malades, mais encore en pratiquant, à l'aide de la main, l'exploration du ventre; on peut ainsi reconnaître à travers les parois de l'abdomen l'accumulation des matières : le son fourni par la percussion immédiate peut être aussi de quelque utilité; mais le moyen le plus sûr est l'introduction du doigt dans le rectum pour y constater la présence des fèces.

Chez les vieillards la constipation opiniâtre détermine assez fréquemment de graves accidents. Selon M. Rostan, qui en a observé un grand nombre de cas lorsqu'il était médecin de la Salpêtrière, elle occasionne des entérites violentes, avec tuméfaction du ventre, soif ardente, inappétence, nausées, vomissements, congestions vers la tête, pouls fort, fréquent; respiration difficile, gangrène des intestins, mort. Cet auteur a vu les intestins distendus au point de se déchirer, de se rompre en travers, et les matières faire irruption dans le bas-ventre. Cependant, il arrive assez fréquemment que le séjour de ces matières stercorales, durcies et comme plâtreuses dans le gros intestin, est complétement innocent. Une erreur de diagnostic peut être occasionnée par suite d'une diarrhée incidente produite par l'excitation déterminée sur la muqueuse de l'intestin par la présence même de l'amas des matières stercorales. L'exhalation muqueuse en est augmentée au point de dissoudre les matières à la périphérie; dans ce cas, les matières liquides s'écoulent entre les parois intestinales et la portion des fèces, et déterminent une défécation pour ainsi dire involontaire; mais cet écoulement peut être occasionné par l'altération de la sécrétion des parties de l'intestin situées au-dessus du siége de l'engouement. Les matières liquides s'échappent alors

par l'anus, après s'être creusé une espèce de canal à travers la matière endurcie qui cause la constipation. Le docteur Fabre a observé un cas de ce genre très remarquable sur une dame très robuste, de l'âge de quarante-six ans. Cette dame, menant une vie sédentaire et habituée depuis longues années à n'aller à la selle qu'au moyen de lavements, éprouva, par l'emploi répété de ce moyen, une espèce de paralysie du rectum ; les lavements n'ayant pu pendant quelques semaines dissoudre les matières ou en procurer l'expulsion, il se forma une sorte de tampon que la malade sentait parfaitement descendre et se présenter au passage, mais qui remontait presque immédiatement, et elle ne parvenait qu'avec peine à rendre quelques parties liquides ou ramollies par le lavement. Ces matières s'échappaient d'autres fois involontairement, et la poche que cette dame croyait avoir dans les intestins ne désemplissait pas ; tous les jours le même manége était répété pendant plusieurs heures. Enfin, au bout de plusieurs mois, le tampon se présenta, une partie s'en détacha naturellement, et le reste fut retiré au moyen de petites baguettes de bois : c'était une masse de matière sèche, presque pulvérulente, et pourtant assez cohérente, grisâtre, sans odeur, et creusée d'une espèce de canal sur une des parties latérales. Depuis cette époque, les selles se sont rétablies et ont lieu journellement et sans l'usage des lavements, pouvu que cette dame ne se livre pas à un exercice un peu prolongé ; en ce cas la constipation menace de revenir, et ce n'est qu'après des efforts répétés et après s'être présentée plusieurs fois à la garde-robe que la défécation a lieu. Ce cas offre beaucoup d'analogie avec celui que M. Roux dit avoir observé sur la femme d'un médecin que l'on croyait atteinte d'une lésion organique, et chez laquelle les accidents cessèrent par l'extraction d'une collection de *scybales* perfoforées à leur centre de manière à livrer passage à des matières liquides.

M. le docteur Tanchou cite encore plusieurs cas analogues dans son *Traité des rétrécissements du canal de l'urètre et du rectum*, entre autres celui d'une dame tenant autrefois l'hôtel des Colonies, rue de Rivoli, qui, ordinairement constipée, prenait habituellement des lavements au nombre de quatre ou cinq sans en obtenir d'effet. Un jour, elle partit pour Saint-Pétersbourg ; elle passa par Moscou, où elle séjourna plusieurs semaines. Enfin elle rentra à Paris, après deux mois et demi d'absence, sans avoir été à la garde-robe. Malgré les lavements qu'elle prenait, et peut-être même à cause de ce moyen, cette dame n'allait à la garde-robe que toutes les cinq ou six semaines ; alors il se faisait dans son corps une sorte d'insurrection intestinale qui produisait une débâcle à la suite de laquelle elle était obligée de garder le lit.

Des amas de matières fécales peuvent avoir lieu également dans le cœcum et dans le côlon, et sont connus sous le nom de *tumeurs stercorales* (Albers de Bonn). Les phénomènes qu'ils déterminent sont les mêmes que ceux de la constipation ; les selles sont rares et peu abondantes, quelquefois visqueuses, ailleurs sèches, noires et dures. Cet état se traduit par la pâleur de la face, avec nuance jaunâtre dans les plis et les enfoncements qui se trouvent près de la bouche et du nez, tandis que les yeux sont cernés d'un cercle gris bleuâtre; le visage est abattu, incertain : la peau a perdu son luisant normal; tout l'individu est marqué d'un cachet particulier de tristesse et d'abattement; les mains sont froides, les pieds couverts d'une sueur abondante. Il y a d'ailleurs de l'agitation, de l'anxiété, de l'insomnie; l'abdomen est saillant, tendu, dur, surtout dans la région iliaque droite. Si l'on examine avec soin cette région, on trouve qu'elle est le siége d'une tumeur que l'on peut déplacer plus facilement d'un côté à l'autre que de haut en bas. Au début, de légères frictions sur cette région font disparaître complétement cette tumeur ; mais cela devient impossible lorsque la maladie a une certaine ancienneté. La pression est quelquefois très sensible, mais ne détermine ordinairement aucune douleur ; dans la région iliaque gauche, on sent le côlon descendant rempli de matières fécales dures. La percussion fait reconnaître un son mat dans la région iliaque droite. A ces signes, se joint l'engourdissement dans la cuisse droite et la région lombaire. Ces symptômes se prolongent quelquefois pendant des années et

s'accompagnent d'une démangeaison de la peau.

Cette maladie se termine assez ordinairement par un état fébrile et une diarrhée avec expulsion d'une incroyable quantité de matières fécales, véritable débâcle, suivant l'expression de Broussais. Mais les mêmes accidents ne tardent pas à reparaître. Ces amas stercoraux déterminent quelquefois une inflammation fort intense; les vomissements sont très abondants et quelquefois stercoraux ; la fièvre est très développée, la douleur aiguë, les selles rares, difficiles et peu abondantes ; enfin il y a une anxiété extrême, une soif ardente, du hoquet, etc. Ces phénomènes peuvent se terminer, soit par une débâcle spontanée ou provoquée, qui soulage presque immédiatement le malade, soit par une phlegmasie du tissu cellulaire ambiant ; enfin par une gangrène presque nécessairement mortelle. La suppuration, la gangrène ou le simple ramollissement inflammatoire peuvent donner lieu à l'ouverture de l'intestin à l'extérieur, et alors il s'établit un anus contre nature. Ces cas favorables sont fort rares. Albers de Bonn, à qui nous avons emprunté une partie des détails qui précèdent (*Expérience*, t. II, p. 136 et suivantes), en connaît peu d'exemples.

Les *tumeurs stercorales du côlon* présentent, selon M. Raciborski (*Thèse* de Paris, 1834), quatre périodes à étudier : 1° Dans la première, il y a simplement engorgement. Par le palper, on découvre peu de chose, mais par la percussion plessimétrique, on reconnaît une matité plus ou moins prononcée dans la région iliaque gauche et la portion descendante du même côté du côlon. En même temps, il y a un son tympanique autour de l'ombilic et vers le cœcum, dû à la distension des intestins grêles et du cœcum par des gaz. 2° Dans la deuxième, il y a accumulation des matières stercorales. On peut alors reconnaître ces matières par le palper et par la percussion qui donne un son mat plus prononcé, et fait éprouver au doigt une sensation de résistance. 3° Dans la *troisième*, les tumeurs font saillie au dehors et donnent lieu à divers accidents, ainsi les parois intestinales irritées deviennent chaudes, douloureuses et il y a une réaction fébrile plus ou moins vive, des douleurs dans le membre abdominal correspondant, quelquefois même un peu d'œdème dû à la compression exercée par les tumeurs sur les veines et les nerfs (cette compression longtemps prolongée a pu même donner naissance à des hémorrhoïdes ou à un varicocèle). A cette même époque, il y a du dégoût, de la céphalalgie, du météorisme. La constipation continue ou bien le malade rend tantôt des matières dures, noires, globuleuses, peu abondantes, tantôt des mucosités plus ou moins épaisses, dues à l'inflammation des parties situées au-dessous de l'accumulation : ce fait en a quelquefois imposé pour du dévoiement. 4° Dans cette *quatrième* période, les intestins se distendent outre mesure : les vaisseaux, comprimés de dedans en dehors par les fèces, ne peuvent plus les nourrir, et la partie qui enveloppe les matières fécales tombe en gangrène. Il en résulte alors une perforation promptement suivie d'une péritonite mortelle. Dans cette dernière période de la maladie, l'obstacle au cours des matières donne lieu à tous les phénomènes de l'étranglement interne, déjà signalés à propos des tumeurs stercorales du cœcum.

Diagnostic. — La constipation par cause fonctionnelle est aisément reconnaissable ; elle ne peut guère être confondue qu'avec celle qui est due à une cause organique, et, dans ce cas, l'état de la santé générale et l'examen attentif des organes éclairent facilement le diagnostic

Durée et terminaison. — Nous avons déjà dit que la constipation peut se prolonger complète pendant quelques jours, quelques semaines, quelques mois ; il est même des cas où cet état dure toute la vie, mais alors par intermittences séparées par ce que nous avons appelé des débâcles. La terminaison est définitive par la santé ou temporaire, mais presque toujours heureuse.

Pronostic. — « La constipation qui accompagne les maladies, dit M. Renauldin, est quelquefois un phénomène tout à fait naturel et qui ne peut porter avec lui un fâcheux présage, comme, par exemple, lorsque d'autres évacuations, augmentées et dirigées dans un autre sens, remplacent celles du ventre. La constipation qui suit les maladies et accompagne l'état de con-

valescence est aussi sans danger, parce qu'elle résulte d'une augmentation d'énergie des vaisseaux absorbants, qui pompent le plus possible de particules nutritives pour réparer les pertes précédentes et rendre au corps sa vigueur primitive. Après les diarrhées et les dyssenteries, on observe assez souvent une tendance à la constipation, qui se dissipe bientôt à l'aide d'un bon régime et d'un exercice modéré.

» Dans les maladies aiguës, la période de crudité est communément accompagnée de constipation, parce que la sécrétion du mucus intestinal éprouve plus ou moins d'entraves, de trouble, de suspension. En général, plus la chaleur fébrile est vive et continuelle, plus la constipation est prononcée; dans ce cas, il y a irrégularité des fonctions, obstacle à la coction, désordres divers, dont on ne peut mieux calmer la violence qu'en surmontant la constipation. Mais lorsqu'il survient des mouvements critiques vers d'autres organes, comme, par exemple, des sueurs, des exanthèmes, des éruptions à la peau, etc., non seulement la constipation ne nuit point, elle est même d'un bon augure et plus avantageuse que des selles fluides, comme on le remarque pendant le développement des maladies exanthématiques. La constipation qui dépend de la rétroversion de la matrice n'offre aucun danger, et se dissipe en rendant à l'organe sa position naturelle. Elle est, au contraire, des plus fâcheuses, lorsqu'elle provient d'une lésion organique de quelque partie du tube intestinal, de la présence d'une pierre volumineuse dans la vessie, d'une intussusception, d'une hernie étranglée, d'une végétation polypeuse dans le conduit alimentaire, etc. » (*Loc. cit.*, p. 255.)

Caractères anatomiques. — La constipation idiopathique se terminant presque toujours d'une manière favorable, ou du moins n'entraînant presque jamais après elle la mort, nous n'avons vu dans les auteurs aucun indice à ce sujet, et nous manquerions tout à fait de données si nous ne trouvions dans l'article que nous avons déjà cité de M. Renauldin, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, un fait fort remarquable que nous citons textuellement et qui donnera une idée de l'état dans lequel une constipation prolongée peut laisser les organes. Cette observation vraiment extraordinaire fut communiquée avec détail à la *Société médicale d'émulation de Paris*, par M. Bobe-Moreau, médecin à Rochefort. Il s'agit d'une constipation qui a duré toute la vie. M. G..., dit ce médecin, apporta en naissant une constipation extrêmement opiniâtre. Quoiqu'il mangeât beaucoup, il restait souvent dix, vingt, trente, quarante jours et même deux mois sans aller à la garde-robe; et toujours ses déjections étaient précédées de coliques assez vives, et son ventre ne cessait d'avoir un volume très considérable. Devenu officier de santé dans la marine, M. G... porta pendant plus de vingt ans ses constipations sur des mers lointaines, sur divers continents et dans les îles, sans éprouver aucune des maladies fâcheuses qui attaquent les Européens. On n'apprendra pas sans une surprise extrême que, embarqué sur un vaisseau destiné pour Gorée, et qui se trouvait alors dans la rade d'Aix, le malade ayant pris un purgatif avant qu'on mît à la voile, ne le rendit que lorsque le bâtiment fut arrivé dans la rivière du Sénégal. Marié à quarante-deux ans, il sentit sa constipation devenir encore plus opiniâtre, jusqu'à 1806, qu'après avoir duré l'espace de quatre mois, elle faillit avoir une terminaison funeste. Divers moyens parvinrent néanmoins à provoquer d'abondantes évacuations, qui continuèrent pendant huit jours consécutifs, et parmi lesquelles on remarqua des restes de raisins mangés l'année précédente. Mais l'amélioration qui s'ensuivit ne fut pas de longue durée. En 1809, les accidents se renouvellent avec plus d'intensité, le ventre devient douloureux, les vomissements continuels, la déglutition difficile, le pouls faible, la prostration extrême; les clystères et tous les autres médicaments sont sans effet. Le malade succombe enfin dans la cinquante-quatrième année de son âge. A l'ouverture du cadavre, on rencontra les phénomènes suivants: L'anus était excessivement dilaté; à 3 centimètres au delà de son orifice, une sorte de cloison fibreuse interceptait en grande partie le passage des déjections, et ne les laissait filer qu'à travers une ouverture de 9 à 10 millimètres de diamètre. Immédiatement au-dessus de cette cloison,

le rectum prenait un tel développement, qu'il occupait toute la cavité du bassin et de l'abdomen, dont il avait refoulé les viscères jusqu'au diaphragme, avec lequel il avait même contracté des adhérences. Cet énorme cloaque renfermait 30 kilogrammes de matières pultacées, de couleur brune noirâtre et d'une odeur infecte. Sa membrane muqueuse offrait une tache gangréneuse et deux ulcérations. Une partie du côlon avait acquis l'ampleur que l'on trouve communément à l'estomac ; ce dernier organe, ainsi que les intestins grêles, le foie, la rate, les reins, plus ou moins comprimés par l'énorme sac, avaient considérablement diminué de capacité et de volume.

Traitement de la constipation. — Il ne sera ici question que du traitement de la constipation par lésion fonctionnelle ; celle qui dépend d'une cause résidant dans une lésion organique des viscères voisins réclame des moyens que nous avons eu l'occasion d'exposer en traitant de ces différentes maladies.

« La constipation presque continuelle à laquelle sont sujets certains tempéraments, sans qu'il en résulte d'accidents particuliers, peut être considérée comme une sorte d'état naturel, une habitude contractée, que l'on peut garder sans inconvénient. Mais lorsqu'elle tourmente des personnes qui n'y sont point accoutumées, il devient nécessaire d'y remédier par différents moyens. Si elle est simple, c'est-à-dire indépendante de toute maladie, et qu'elle paraisse tenir à un excès de tension, de chaleur dans les gros intestins, on peut l'attaquer aussi par des moyens simples : tels sont des aliments mous, humides, lubrifiants, le pain de seigle, les pruneaux, les épinards et autres légumes, des boissons aqueuses prises en abondance ; l'exercice pour les personnes sédentaires ; les frictions et les fomentations émollientes pratiquées sur les diverses régions de l'abdomen, la vapeur de l'eau chaude dirigée vers l'anus. Mais le moyen sans contredit le plus efficace pour vaincre cette espèce de constipation, ce sont les lavements émollients, c'est-à-dire composés avec des substances oléagineuses, mucilagineuses, etc. Si la constipation résiste à ce dernier médicament, on le rendra plus énergique en y faisant entrer des substances purgatives, telles que le séné la rhubarbe, le jalap, le tabac, les sels neutres, etc., qui ont la propriété d'irriter vivement la membrane muqueuse des gros intestins. On peut attaquer en même temps l'inertie de l'estomac et du tube intestinal, en faisant avaler quelques doses de manne, de casse, de sulfate de potasse, de soude ou de magnésie, ou quelques pilules purgatives. Un bain froid opère quelquefois le même effet. Certains praticiens prescrivent aussi de marcher nu-pieds sur un pavé couvert d'eau fraîche ; mais nous ne conseillons pas cet essai qui peut être suivi de graves inconvénients. Il est des personnes qui, en fumant une pipe de tabac et en buvant quelques verres de bière, viennent facilement à bout de dissiper leur constipation.

» Mais, lorsque l'opiniâtreté de cet état fait naître de justes inquiétudes, il faut en rechercher soigneusement la cause pour y appliquer un traitement rationnel. Si la constipation dépend de la présence de quelque corps étranger dans le rectum, le chirurgien tâchera d'en faire l'extraction, à laquelle il est obligé parfois de ne procéder qu'après avoir brisé le corps hétérogène, que son gros volume et sa substance solide empêchaient de sortir. (Voir l'article *Corps étrangers du rectum*, *Bibliothèque du méd. prat.*, t. XI, p. 385.) Une conduite semblable est quelquefois nécessaire chez les vieillards, dont les excréments ont acquis une dureté extrême. La constipation provenant d'un spasme des intestins, de coliques venteuses, comme il arrive dans les affections hystériques, hypochondriaques, mélancoliques, sera attaquée et par les moyens généraux qui triomphent des affections nerveuses, et spécialement par des clystères excitants, composés avec des substances végétales douées de principes aromatiques, âcres, volatils ; si elle dépend d'une paralysie, ou qu'elle accompagne une apoplexie, comme on l'observe fréquemment, elle requiert, indépendamment d'autres remèdes généraux appropriés à la nature de la maladie, l'administration de lavements diffusibles, c'est-à-dire qui ont pour véhicule le vin, une huile volatile, une teinture alcoolique, etc., et qui excitent efficacement l'action contractile des gros intestins.

On peut aussi obtenir ce dernier effet, à l'aide de suppositoires irritants. » (Renauldin, *Dict. des sc. médic.*, t. VI, p. 256.)

Ce dernier moyen a été employé avec succès et conseillé par M. le docteur Fleury dans son mémoire sur l'emploi des mèches dans le traitement de la constipation, publié en 1838 dans les *Archives générales de médecine*. Il consiste dans de petites mèches analogues à celles dont on se sert pour les pansements après l'opération de la fistule à l'anus, enduites avec une pommade belladonisée (4 grammes d'extrait de belladone par 30 grammes de cérat) et qu'on laisse en permanence dans le rectum. La mèche est changée une fois par jour. Après le deuxième ou le troisième jour de l'usage de cette mèche, les garde-robes se présentent le plus souvent Evidemment la belladone absorbée agit ici en combattant l'état d'éréthisme, et en rétablissant la fonction sécrétoire.

Il est encore un moyen bien simple et qui a souvent réussi, s'il faut en croire Rullier, il consiste à prendre l'habitude de se présenter régulièrement à la garde-robe, de manière à rendre à cette évacuation le caractère périodique qu'elle affecte ordinairement.

Le traitement des tumeurs stercorales du cœcum et du côlon est tout à fait analogue à celui que nous venons d'indiquer; quand il y a atonie, paralysie, il faut mettre en usage tous les moyens propres à relever la tonicité de l'intestin, et rétablir enfin, autant que possible, le cours des matières, au moyen de purgatifs plus ou moins énergiques. A ceux que nous avons déjà énumérés, on peut joindre, selon les cas, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, le sulfate de magnésie, l'huile de croton tiglium et l'aloès uni à la gomme gutte. La limonade au citrate de magnésie peut être aussi administrée avec avantage : c'est un purgatif agréable et qui possède souvent une énergie suffisante.

ARTICLE IX.

Pneumatoses.

Les pneumatoses consistent dans le développement de gaz de diverse nature dans différentes parties du corps; nous ne traiterons ici que de celles qui se développent dans le tube gastro-intestinal.

« A cette classe, dit Joseph Frank, appartiennent : l'*éructation*, c'est-à-dire le renvoi par l'œsophage et la bouche des gaz contenus dans l'estomac; les *borborygmes*, mouvements des gaz dans le tube intestinal, suivis de la production de bruit; les *vents*, évacuation de gaz par l'anus; les *flatuosités*, distension passagère d'une partie de l'abdomen par les gaz; le *météorisme*, accumulation subite, aiguë, de gaz dans l'abdomen, jointe à de la fièvre, à l'extension, à l'enflure et à la résonnance; enfin la *tympanite*, rétention continue, permanente de gaz dans l'abdomen, le transformant en une énorme tumeur élastique, rénitente sous l'impression du doigt, tendue, légère, résonnant beaucoup par la percussion des régions médiane et antérieure du ventre, et s'affaissant à peine par le coucher en supination.» (Joseph Frank, *Pathologie interne*, t. VI, p. 138.)

Jurine regardait les gaz intestinaux comme composés d'acide carbonique, d'azote, d'oxygène et d'hydrogène. Selon lui, la proportion d'acide carbonique était d'autant moindre que l'on approche davantage de la fin du canal intestinal. Dans les expériences faites par MM. Magendie et Chevreul, sur deux individus suppliciés après avoir mangé du fromage et bu du vin et de l'eau, l'acide carbonique était, au contraire, en quantité d'autant plus considérable qu'on s'éloignait davantage de l'estomac. M. Magendie admet, en outre, que la composition des gaz intestinaux varie en raison de leur siége. Ainsi l'estomac renferme de l'air atmosphérique plus ou moins mélangé d'acide carbonique; l'intestin grêle contient un mélange d'acide carbonique, d'azote et d'hydrogène; dans le gros intestin, on retrouve encore de l'azote, de l'acide carbonique, et, en outre, de l'hydrogène carboné ou sulfuré.

« Il n'est pas besoin, dit J.-P. Frank, d'une fermentation putride, ni d'aucune espèce de fermentation pour développer de l'air dans l'intérieur de nos organes. Les diverses combinaisons des molécules animales, les affinités réciproques suffisent pour dégager, éliminer, rapprocher les divers éléments propres à opérer la formation de ce fluide élastique.

» Les humeurs sécrétées par les différents organes, et repompées en partie par les vaisseaux lymphatiques, se distinguent entre elles seulement par la différence des combinaisons que subissent les principes émanés de la masse commune. Il est donc hors de doute que les gaz, les fluides aériformes sont sécrétés, décomposés ensuite et absorbés. En effet, l'air introduit dans l'estomac et les intestins avec les aliments ne saurait fournir la quantité de vents qui se développent dans les voies digestives, d'où ils sont expulsés au dehors ou disparaissent promptement sans sortir de l'économie. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, trad. Goudareau, t. II, p. 10.)

Siége. — « Les diverses portions qui composent le canal intestinal n'en sont pas atteintes avec la même fréquence. Quelques médecins pensent que les pneumatoses peuvent se former dans l'œsophage, qui serait considérablement distendu dans un point, et spasmodiquement contracté au-dessus et au-dessous, et, suivant eux, le phénomène connu sous le nom de *globe hystérique* serait dû à cette cause. Quoi qu'il en soit, le siége le plus habituel des collections gazeuses du tube digestif est l'estomac et le canal intestinal. Dans l'estomac, elles constituent ces *flatulences* qu'on trouve souvent liées à l'hypochondrie. Dans l'intestin, les gaz s'accumulent quelquefois dans une anse herniée; ailleurs ils distendent une portion de ce canal affecté d'un étranglement interne; mais le plus souvent ils s'accumulent dans sa cavité, indépendamment de tout obstacle de ce genre, et tantôt ils sont rendus à mesure par la bouche, ou par l'anus, ou par ces deux voies à la fois, et produisent les effets que les auteurs ont désignés sous les noms de *rapports*, de *vents* et de *choléra sec;* tantôt, au contraire, ils sont retenus dans l'intestin, s'y déplacent, en produisant les bruits connus sous les noms de *borborygmes*, de *gargouillement*, ou distendent fortement les parois, et donnent lieu, d'une part, au gonflement sonore du ventre, désigné sous les noms de *ballonnement*, de *météorisme*, et qui, lorsqu'il est permanent, constitue la variété la plus fréquente de la *tympanite*, et produisent, d'autre part, les douleurs abdominales désignées sous les noms de *coliques venteuses*, et l'ensemble d'accidents que les auteurs ont décrits sous le nom de *passion flatulente.* » (Chomel, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., p. 138.)

Il n'est pas rare que des matières aériformes d'une odeur très fétide s'infiltrent dans le tissu cellulaire extérieur des intestins ou entre leurs membranes, dans une étendue plus ou moins considérable. Quelquefois l'emphysème occupe toute la circonférence du tube, le boursouflement fait saillie au dehors et au dedans, soulève la membrane muqueuse, oblitère la cavité.

« Mais le plus souvent c'est dans le tube même que les gaz se développent. Les intestins grêles, dans lesquels l'acide carbonique prédomine, en sont plus rarement le siége que les gros intestins; cependant on a vu une portion du jéjunum acquérir en se dilatant le volume de la cuisse, abandonner sa position naturelle et tomber en gangrène. Les culs-de-sac sont plus fréquents dans les intestins grêles, mais ils dépendent d'une conformation primitive. Au reste, ils favorisent la dilatation du tube intestinal, se dilatent eux-mêmes par la présence des vents, et forment des poches coniques. Mais les fluides élastiques s'accumulent surtout dans le cœcum et le côlon, et ils en imposent quelquefois pour des obstructions. La disposition des valvules dans les intestins favorise le séjour des matières fécales; celle des fibres musculeuses donne lieu à des contractions spasmodiques violentes. Le rectum est aussi quelquefois douloureusement distendu par les vents. L'extensibilité du tube intestinal ne permet pas de craindre une rupture lorsque la dilatation s'opère lentement et par degrés. Néanmoins cet accident arrive quelquefois, et donne lieu, comme la rupture du ventricule, à un épanchement dans l'abdomen. D'autres fois, l'épaisseur des parois intestinales augmente en raison de la dilatation. Avant que les chimistes modernes eussent fait aucune expérience sur l'hydrogène contenu dans les gros intestins, les enfants nous avaient appris que ce gaz était inflammable dans un amusement qui consiste à tendre les culottes, et à présenter une lampe à l'explosion des vents de l'anus. Le premier chimiste qui a parlé des gaz

avait déjà dit que les éructations éteignaient une bougie, que les vents rendus par l'anus s'allumaient à son contact, et formaient une flamme de diverses couleurs. Les fluides aériformes renfermés dans les intestins grêles ne sont point inflammables. » (J. Frank, *loc. cit.*, t. II, p. 16.)

Causes. — Les principales sont l'introduction de l'air atmosphérique dans les voies digestives, par la déglutition, le travail de la digestion, surtout quand elle est difficile ; certains aliments connus sous le nom de flatulents, tels que les végétaux, les légumes, les pois, les fèves, les haricots, les lentilles, les bouillies, les poissons de mer, les fruits d'été, les substances douces, mielleuses, grasses, la chair de brebis, de mouton, surtout quand on a pris par-dessus des boissons froides. Il s'établit alors une fermentation acide ou putride qui développe une grande quantité de vents. Outre les matières saburrales qui sont le produit d'une mauvaise digestion, les liquides sécrétés, stagnants, dégagent facilement de l'azote, de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, de l'hydrogène, éléments des fluides aériformes, et qui ne demandent pour se combiner qu'un certain degré de chaleur. La suppression de la diarrhée, surtout par l'administration prématurée de l'opium, occasionne le météorisme ; il en est de même d'une fièvre intermittente guérie sans précaution. La putréfaction du placenta, du sang dans l'utérus, des vers dans le tube intestinal, l'épanchement de la bile dans l'abdomen ; l'accumulation et la rétention des fèces, une vie sédentaire, la suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal, d'une éruption cutanée, les flueurs blanches, l'hystérie, l'hypochondrie, le rhumatisme, l'asthme, les affections du cœur, les fièvres nerveuses, putrides, un écoulement lochial trop abondant, la péritonite puerpérale, les inflammations et les affections organiques des viscères abdominaux, etc., sont autant de causes de la tympanite.

Les femmes y sont plus sujettes que les hommes ; viennent ensuite les personnes prédisposées à l'ascite ou adonnées aux boissons alcooliques, les vieillards.

Symptômes. a. Éructation. — « Il arrive très souvent, dit Joseph Frank, que, même pendant la plus parfaite santé, les grands mangeurs qui ont l'habitude d'avaler les mets avec beaucoup de promptitude, sur la fin de repas copieux, éprouvent un sentiment de plénitude à la région précordiale, et rendent avec avantage, et quelquefois contre leur volonté, une grande quantité de rapports. On cite quelques cas curieux, dans lesquels un très grand nombre de rapports étaient rendus ; quelques uns avaient duré pendant tout le cours de la vie, et venaient si fréquemment, qu'ils étaient rendus entre chaque mot, et continuèrent des mois entiers, et presque d'un seul bruit, le temps de sommeil excepté. J.-P. Frank a vu une jeune fille chlorotique qui rendait, chaque fois qu'elle se livrait à la danse, des rapports copieux et très sonores, et qui revenaient ensuite lorsqu'elle se frictionnait certaines parties du corps, et une femme soumise au même inconvénient chaque fois qu'elle se peignait ou se tirait les cheveux. Il est des personnes chez lesquelles le pouls ne peut être touché, d'autres chez qui la palpation, la compression ou le frottement sur une partie douloureuse produisent des rapports.

» Les gaz qui sont rendus ainsi par la bouche sont inodores, insipides, acides, nidoreux, putrides, quelquefois ils rappellent les mets que l'on vient de prendre. » (J.-P. Frank, *loc. cit.*, t. II, p. 142.)

b. Borborygmes. — Les borborygmes produisent des bruits variés et particuliers ; on les observe fréquemment à l'état sain, et dans les affections venteuses on a vu des borborygmes durer pendant plusieurs années avec un bruit analogue au coassement des grenouilles, au cri du geai, au ronflement du son appelé *diable*, etc. Joseph Frank rapporte qu'ayant appliqué l'oreille sur la région épigastrique d'une jeune fille, il a entendu un bruit semblable à celui que produit d'ordinaire le dégagement d'acide carbonique pendant la formation ou la combinaison d'un acide concentré avec un carbonate terreux.

c. Évacuation de gaz par l'anus — « Beaucoup de personnes rendent des vents par l'anus en urinant, soit qu'elles jouissent d'une santé parfaite, soit qu'elles soient préalablement incommodées par des flatuosités en plus ou moins grande

quantité; l'expulsion de ces gaz est sous l'influence de la volonté, tellement que lorsqu'on néglige de les chasser au dehors, ils peuvent remonter jusqu'aux régions supérieures du canal intestinal, exciter la colique, des flatuosités, et même la tympanite. Les gaz ainsi renvoyés peuvent être inodores ou fétides; ces derniers rappellent parfaitement à l'odorat par leur putridité le gaz hydro-sulfurique. Le son qu'ils produisent, lorsqu'ils sont chassés avec force, frappe les oreilles, mais ceux que l'on entend moins offensent surtout l'odorat. Dans quelques maladies, ils sont très fréquents, et quelquefois joints à des évacuations. » (J. Frank, *loc. cit.*, t. VI, p. 144.)

d. Flatuosités, colique flatulente. — Les gaz retenus par les matières fécales, par les spasmes ou toute autre cause dans une partie du canal alimentaire, produisent des accidents locaux et idiopathiques ou sympathiques. « Ils déterminent des contractions violentes, inégales, à travers ces rétrécissements spasmodiques, et roulent en murmurant dans le bas-ventre.

» Lorsqu'on a le bas-ventre peu sensible ou les intestins lâches et très extensibles, quand la dilatation se fait progressivement et avec lenteur, les douleurs sont moins vives, mais on éprouve par intervalles d'autres symptômes également incommodes. Dans un cas plus grave, la distension subite des intestins occasionne des douleurs, d'abord dans l'hypochondre gauche, à la terminaison du côlon transverse, ensuite dans les lombes et aux environs de l'ombilic. Ces douleurs surviennent avant même que le gonflement soit manifeste. Elles sont quelquefois rémittentes, la compression du bas-ventre les apaise; mais elles augmentent continuellement d'intensité, leurs intervalles se rapprochent; elles deviennent presque fixes et insupportables pour l'homme le plus patient. Leur siége n'est pas borné au côlon, comme semble l'indiquer le nom de *colique flatulente;* elles occupent quelquefois tout le tube intestinal, de sorte qu'elles constituent plutôt une *entéralgie flatulente*. La constipation est opiniâtre, l'abdomen se tuméfie dans une ou plusieurs régions, et devient sensible au toucher; d'autres fois il se gonfle dans toute son étendue, et résonne sous la percussion, ce qui constitue le *météorisme flatulent.* Les coliques venteuses violentes s'annoncent par la petitesse et l'irrégularité du pouls, l'inquiétude, l'anxiété, l'abattement. une altération singulière de la face, une contorsion, une pâleur extrême du visage, le refroidissement des extrémités et des sueurs froides. Le malade cherche à calmer la douleur en fléchissant les cuisses sur le bassin. Comme il ne peut rendre les vents par la bouche, ces gaz descendent vers l'anus; mais la constipation les force à remonter; les borborygmes et les coliques augmentent avec douleur dans les lombes et les hanches. Les urines sont fréquentes, aqueuses, ardentes; il y a strangurie, ischurie, nausées, vomituritions, vomissements, hoquet, suffocation, ce qui désespère le malade. S'il existe une hernie inguinale, l'air dilate, irrite, étrangle l'intestin, intercepte la circulation dans ses vaisseaux, et détermine la gangrène, surtout quand on emploie les topiques tièdes, qui augmentent la raréfaction, et qu'on néglige les secours de l'art.

» Lorsque les vents s'échappent simultanément et avec explosion, par la bouche et par l'anus, accompagnés de gonflement du bas-ventre, borborygmes, coliques, douleurs dans les côtés et les lombes, c'est le *choléra sec*, maladie soigneusement décrite par le père de la médecine, mais que nous n'avons jamais observée. » (J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. II, p. 16.)

e. Météorisme. — Le météorisme se montre ordinairement dans les maladies aiguës, dans les diverses fièvres, la dyssenterie et les inflammations de mauvaise nature. Il consiste dans un gonflement et une tension considérable du ventre par les gaz, à tel point qu'il proémine au-dessus du bord marginal des côtes, efface le creux de l'estomac et rend un son clair par la percussion. Le ventre est en même temps resserré ou dilaté sans que le malade en ait la conscience.

f. Tympanite.—On reconnaît, dit M. Roche la tympanite aux signes suivants: « Le ventre, considérablement accru de volume, est distendu, élastique comme un ballon, et très sonore à la percussion; il est en même temps le siége de bruits divers plus

ou moins forts, qui passent rapidement d'un point à un autre, et de déplacements des circonvolutions intestinales, que l'on sent quelquefois se mouvoir sous la main ; il est insensible à la pression, mais traversé par des douleurs qui suivent les mouvements des gaz ; si la quantité des gaz accumulés est considérable, le diaphragme se trouve refoulé et produit de la dyspnée, le cœur lui-même est gêné dans ses mouvements, d'où résultent des palpitations, des syncopes et l'irrégularité du pouls ; d'un autre côté, les lavements ne peuvent plus pénétrer dans le rectum, la vessie comprimée n'admet plus l'urine qu'avec difficulté, d'où la dysurie, et même parfois la suppression complète de l'excrétion urinaire ; enfin, la compression des conduits biliaires peut, dit-on, produire l'ictère. Nous avouons que ce dernier effet nous paraît impossible, et que quand l'ictère accompagne la tympanite, nous croyons qu'elles n'ont de rapport entre elles que d'être très probablement l'une et l'autre symptomatiques d'une inflammation gastro-intestinale. Lorsque les gaz occupent et distendent tout à la fois les intestins et l'estomac, outre les symptômes précédents, on remarque que les troubles de la respiration et de la circulation sont plus prononcés ; le malade fait des efforts inutiles pour rendre des vents par haut et par bas ; il éprouve des envies de vomir et ne peut y parvenir ; ce n'est même parfois qu'avec beaucoup de difficulté, et après de grands efforts, qu'il peut ingérer les boissons. Quand la tympanite est bornée à l'estomac, on le reconnaît à la tumeur élastique, sonore et circonscrite, que cet organe forme dans la région qu'il occupe ; sa distension peut aller jusqu'à le faire dépasser l'ombilic. Enfin, dans quelques cas, elle n'occupe qu'une petite étendue du tube intestinal ; la tumeur qu'elle forme alors, toujours circonscrite, arrondie, tendue, élastique et sonore, ne peut pas être méconnue ni confondue avec aucune autre maladie.

» Les gaz ne sont pas toujours tellement emprisonnés, qu'il ne s'en échappe de temps en temps quelques uns par une voie ou par l'autre ; leur issue procure toujours un grand soulagement. On a vu quelquefois tous les gaz s'échapper en peu d'instants, et des symptômes fort graves être ainsi dissipés immédiatement. » (*Dictionn. de méd. et de chirurg. pratiques*, art. TYMPANITE, t. XV, p. 392.)

Diagnostic. — Les éructations sont très faciles à reconnaître, nous n'insisterons pas sur ce point ; elles se distinguent du hoquet en ce que, dans ce dernier acte, il n'y a pas émission de gaz au dehors. L'éruption des vents par l'anus n'offre aussi aucune difficulté de diagnostic ; les borborygmes sont aussi aisément reconnus.

Quant aux flatuosités, on pourrait les confondre avec une autre espèce de colique, ou les prendre pour une inflammation. Dans la colique venteuse, il faut donc prendre en considération les causes, les borborygmes, la résonnance de l'abdomen à la percussion et le soulagement qu'éprouve le malade en rendant des gaz.

Le météorisme est reconnu par la palpation du ventre, que le médecin doit faire avec soin, car il est souvent ignoré des malades.

La tympanite peut être confondue avec l'hydropisie ascite, avec des tumeurs ou une tuméfaction de l'abdomen, attribuées, soit à une accumulation des fèces, soit au développement considérable du tissu adipeux, soit à une grossesse prolongée. Il faut, pour échapper à l'erreur, tenir compte de l'état de légèreté et d'élasticité du ventre, de sa sonorité.

Pronostic. — Le pronostic des éructations, des borborygmes, offre en général peu de gravité ; la flatulence cause une incommodité grave, mais elle met très rarement la vie en danger. Le météorisme devient un signe de danger, surtout lorsqu'il s'accompagne de diarrhée ; la tympanite est très grave lorsqu'elle est symptomatique d'une affection organique ; elle peut très bien guérir dans les cas, rares il est vrai, où elle est essentielle.

Traitement des pneumatoses. — Quand la flatulence de l'œsophage, de l'estomac, ou des intestins, produit une véritable indisposition, il faut chasser les gaz par le haut ou par le bas, par le moyen de la compression ou de frictions sur le ventre, et par les mouvements et les changements de position du corps. Après avoir détruit les causes prochaines ou éloignées, on doit chasser les gaz et fortifier les parties

pour qu'il ne se forme pas une nouvelle accumulation ; on a essayé, dans le cas où la sortie du gaz offrait quelque difficulté, de les absorber au moyen de médicaments nommés *carminatifs*, et que Frank propose d'appeler *physagogues*, tels que la magnésie calcinée, l'eau froide, l'eau de chaux, l'acide carbonique, le charbon, l'ammoniaque, la suie, le noir d'ivoire, etc. La flatulence saburrale réclame l'emploi des cathartiques doux ; on prescrira avec avantage des lavements préparés avec une infusion de fleurs de camomille, la poudre de rhubarbe, ou l'infusion de follicules de séné. Il faut, en outre, défendre les mets capables de produire des vents et des crudités ; on rendra du ton aux viscères par quelques amers et quelques stimulants; on ordonnera aux malades l'exercice au grand air, à cheval, l'emploi d'aliments tirés du règne animal et l'usage modéré d'un vin généreux. Les antispasmodiques, tels que la camomille, l'anis, le fenouil, la menthe, la liqueur anodine d'Hoffmann, l'ammoniaque, le camphre, l'assa fœtida en infusion et en lavements, produisent de bons effets dans la flatulence spasmodique ; on a aussi employé, dans ce cas, les lavements de fumée de tabac ; si la flatulence est très intense, de petites doses de laudanum de Sydenham, à l'intérieur, mêlées, soit à l'eau simple, soit au thé, apportent beaucoup de soulagement.

Nous renvoyons aux articles *Entérite*, *Fièvres*, ce que nous aurions à dire du traitement du météorisme, qui se rencontre ordinairement joint à ces états.

Quant à la tympanite, le traitement varie aussi selon que la maladie est essentielle ou symptomatique. Dans ce dernier cas, on doit avoir égard à la cause stricte de la maladie dont elle est le symptôme, en surmontant les obstacles mécaniques qui peuvent s'opposer à l'issue des gaz emprisonnés, les gastralgies, les entérites, les vers, les ulcères intestinaux, etc. Dans le cas de tympanite essentielle, on se trouve bien aussi de l'usage des infusions chaudes de camomille, d'anis, de coriandre, de menthe, d'angélique, de sauge, de lavements d'eau simple, de frictions sèches avec la main, une brosse ou une flanelle chaude sur le ventre, des frictions huileuses et camphrées, et des potions éthérées. S'il y a des symptômes d'inflammation, ou que le sujet soit jeune et vigoureux, les saignées sont utiles, et l'on cite des cas où elles ont été d'un grand secours. On a aussi retiré de bons effets de l'application de la glace sur le ventre, des boissons et des lavements glacés ; les douleurs sont calmées par les topiques émollients et opiacés ; les purgatifs ont même produit de bons effets. On a conseillé aussi d'extraire les gaz avec un siphon, avec une seringue armée d'une canule en gomme élastique, portée le plus profondément possible dans l'intestin ou l'estomac. Enfin, l'acupuncture, ou une petite ponction aux parois intestinales, a été pratiquée quelquefois avec succès dans des cas désespérés.

Mais, il faut le répéter, la tympanite est presque toujours symptomatique, et c'est contre les maladies qui la produisent que l'on doit surtout diriger les ressources de l'art.

ARTICLE X.

Volvulus.

Cette dénomination, qu'on remplace souvent par celle d'*ileus*, de *passion iliaque* et d'*invagination intestinale*, a servi à désigner tantôt un groupe de symptômes, dont les plus essentiels sont une violente douleur dans un point de l'abdomen, des vomissements de matières stomacales d'abord, puis intestinales, et une constipation opiniâtre. Cependant la plupart des auteurs ne comprennent plus aujourd'hui, sous le nom de volvulus, que la seule invagination, c'est-à-dire l'introduction d'une partie de l'intestin dans l'autre, à la manière d'un doigt de gant, qui serait renfoncé dans lui-même. La partie supérieure de l'intestin est ordinairement celle qui s'introduit, et la partie inférieure celle qui reçoit.

Quelques auteurs ont admis un volvulus nerveux, c'est-à-dire sans interruption du cours des matières fécales par un obstacle mécanique. On a cité des cas où des lavements étaient vomis presque aussitôt après avoir été administrés ; mais les observations que l'on a citées à cet égard n'offrent aucun caractère qui les rende concluantes.

Toutes ces conditions qui peuvent déterminer le volvulus autre que l'invagination intestinale ayant été étudiées dans diverses parties de cet ouvrage, nous traiterons ici principalement de cette dernière, qui, d'ailleurs, pour beaucoup d'auteurs, constitue seule le volvulus

Quoique l'oblitération complète et la *passion iliaque* ne soient pas une conséquence nécessaire et constante de l'invagination intestinale, c'en est une suite si ordinaire, qu'on doit l'indiquer et la décrire comme une des causes les plus fréquentes du volvulus. En effet, sur trente-cinq faits d'invagination rassemblés par W. Thomson (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. XI, p. 352), et dans lesquels il y a une élimination d'une portion d'intestin, on n'en compte que trois cas où il y eut seulement de la diarrhée ou de la dyssenterie ; dans tous les autres, furent observés les symptômes de la passion iliaque. Il est à présumer que la proportion ne serait pas moindre, si l'on rassemblait indistinctement tous les cas d'invagination connus.

L'invagination intestinale a lieu, soit de haut en bas, c'est-à-dire qu'une portion d'intestin s'introduit dans la partie inférieure en se retournant à la manière d'un gant; soit de bas en haut, la partie inférieure s'est introduite et renversée dans la supérieure. Cette dernière espèce d'invagination est extrêmement rare. Certains auteurs en ont même nié l'existence, mais des faits authentiques, quoique peu nombreux, ne permettent pas de la révoquer en doute. Ainsi, dans une observation du *Journal méd. et chir. d'Edimbourg*, t. III, p. 262, 1807, il est fait mention de deux invaginations en sens opposé, trouvées chez un enfant qui mourut après avoir présenté les symptômes du volvulus; l'une très considérable et faisant saillie au dehors de l'anus, l'autre plus petite. Une observation analogue est rapportée dans le *London med. physic. Journ.*, t. III, p. 20. Ev. Home donne également l'histoire d'une intussusception rétrograde de l'intestin, observée chez un mousse qui s'était empoisonné avec de l'arsenic (*Transact. for med. chir. Morrlidge*, t. I, p. 115) M. Cayol a rapporté, dans un mémoire faisant suite à sa traduction du *Traité des hernies de Scarpa*, une observation de M. Moutard-Martin, dans laquelle on voit chez un enfant le côlon ascendant et le côlon transverse invaginés dans le cœcum, qui, à son tour, par une intussusception opposée, s'invaginait avec la masse intestinale qu'il contenait dans le commencement du côlon descendant. Enfin, plus récemment les *Bulletins de la Société anatomique* donnent la description d'une intussusception rétrograde du cœcum dans l'intestin grêle (16e année, p. 77, 1841). Mais, il faut l'avouer, dans presque tous les faits l'invagination a eu lieu de haut en bas, et c'est sur ceux-là que porte entièrement l'histoire de la maladie.

L'invagination a lieu presque toujours dans le gros intestin. On voit très rarement avoir leur siége dans l'intestin grêle des invaginations étendues et en quelque sorte morbides, c'est-à-dire portées au point de déterminer les accidents propres à ce déplacement de l'intestin, et surtout les symptômes du volvulus. M. Cruveilhier a rapporté cependant dans son *Anat. pathol.* (liv. XXII) un exemple curieux de ce genre d'intussusception. Le plus communément les invaginations de l'intestin grêle seules ont peu d'étendue, à cause du diamètre rétréci et égal de cet intestin. Il est probable que dans les mouvements fréquents des circonvolutions intestinales, il s'en forme souvent qui sont aussitôt dissipés par les mêmes mouvements, et ceux que l'on a quelquefois rencontrés en si grand nombre, surtout chez des enfants morts de diverses maladies, s'étaient sans doute formés pendant l'agonie ou peu de temps avant la mort Dans ces cas l'invagination est multiple et n'a que quelques lignes d'étendue; quant aux invaginations permanentes, il est assez difficile de déterminer le mécanisme de leur formation. Dans quelques cas on a pu supposer qu'une tumeur polypeuse développée dans la cavité de l'intestin avait pu, par son poids et par l'impulsion que devaient lui communiquer les mouvements péristaltiques de l'intestin, entraîner la partie à laquelle elle était attachée dans la portion inférieure (observation de M. J. Cloquet, citée dans le *Mémoire* de Dance, etc.). Mais d'autres fois de semblables tumeurs n'ont paru avoir aucune influence. Ainsi, comme

le remarque très bien M. Cruveilhier (*loc. cit.*), à propos d'un cas où existaient deux tumeurs de cette espèce dans l'intestin invaginé, elles n'avaient point été la cause de l'intussusception, puisque la plus considérable était à la partie supérieure de l'invagination, et que l'autre n'était pas au point le plus déclive. Du reste l'invagination, qu'elle soit descendante ou bien rétrograde, une fois commencée par l'effet d'une disposition particulière des parties, ou par un mouvement insolite de l'intestin, par un effort, par une impulsion extérieure, on conçoit très bien que les mouvements péristaltiques et la pression des parois abdominales contractées tendent à l'augmenter de plus en plus.

« Les invaginations morbides qui s'observent presque exclusivement sont celles qui se font dans le gros intestin ; les plus communes sont celles de l'intestin grêle dans le gros intestin. Dans le plus grand nombre d'observations, cet intestin est noté comme faisant partie de l'invagination, et dans les faits d'élimination d'une portion intestinale, c'est, d'après W. Thomson, la partie qui a été le plus souvent rejetée au dehors (sur 32 cas, la portion éliminée provenait exclusivement de l'intestin grêle dans 22 ; dans 3, en partie de l'intestin grêle et en partie du gros ; dans 7, seulement de ce dernier). Mais presque toujours dans ces cas l'intestin grêle est entraîné par le cœcum, dont l'intussusception sous ce rapport peut être considérée comme la plus fréquente ; il est rare que l'intestin grêle s'invagine directement dans le cœcum en franchissant la valvule de Bohin ; toutefois il en est quelquefois ainsi. Dance, dans son *Mémoire sur les invaginations*, dit avoir vu l'iléon renversé dans le cœcum, où il formait une tumeur arrondie, rétrécie et comme étranglée au niveau de cette valvule. Il a été publié dans le *Journal des sciences médicales de Dublin* (1839, t. XV, p. 496) une observation où l'on voit que deux pouces de l'iléon s'étaient invaginés dans le cœcum en pénétrant par la valvule iléo-cœcale.

» En général, les invaginations du gros intestin sont très étendues ; le plus souvent, comme nous l'avons dit, une portion plus ou moins considérable de l'intestin grêle est comprise dans l'invagination où elle a été entraînée par le cœcum ; et tantôt le cœcum est seulement invaginé dans le côlon ascendant, tantôt il pénètre dans le côlon descendant et jusque dans l'S iliaque du côlon et le rectum, franchissant même l'anus, au delà duquel il forme avec les autres intestins retournés une tumeur plus ou moins saillante. Les recueils d'observations et les mémoires spéciaux sur cette affection présentent des exemples nombreux de ces divers degrés d'invagination, dont un des plus considérables comprenait jusqu'à 4 ou 5 mètres du tube intestinal : tel était le cas rapporté par M. Baud (*Journal général de méd.*, t. XXIV, p. 20), dans lequel on trouva la partie gauche du duodénum, le pancréas, le commencement du jéjunum, le mésocôlon transverse et la partie droite du grand épiploon invaginés dans le côlon descendant, lequel, ainsi que le rectum, contenait en outre la fin de l'iléum, le cœcum, le côlon descendant et le transverse.

» Les parties qui constituent l'invagination forment, suivant l'étendue d'intestin qui y entre et suivant son siége, une tumeur cylindrique, allongée et plus ou moins considérable, placée tantôt au milieu de la masse intestinale, comme dans le cas d'intussusception de l'intestin grêle seul, tantôt dans l'hypochondre droit, lorsque l'intussusception a lieu dans le cœcum et le côlon ascendant, et dans l'hypochondre gauche, quand elle s'est faite dans le côlon descendant, etc. Dans ce dernier cas, la masse intestinale est dirigée et accumulée vers le flanc gauche, et le droit est vide ; tantôt aussi le collet supérieur de la poche invaginante circonscrit un orifice étroit qui semble étrangler les parties invaginées (observation citée de M. Cruveilhier, et fait d'invagination à travers la valvule iléo-cœcale, rapporté par Dance). D'autres fois, et c'est ce qui a lieu le plus communément par l'invagination qui se fait dans le gros intestin, l'orifice par lequel s'introduisent les parties invaginées est dilaté et se distingue à peine du reste de la tumeur, qui présente un renflement plus ou moins uniforme.

» Voici quelle est le plus ordinairement la disposition des parties invaginées : trois portions cylindriques des parois intestinales sont superposées ; l'interne, dans le

cas d'invagination descendante, est formée par la partie supérieure de l'intestin invaginé, dont la surface muqueuse constitue, au centre même de l'invagination, un canal continu en haut avec celui de l'intestin supérieur, s'arrêtant en bas à l'endroit où l'intestin invaginé se réfléchit, et s'ouvrant dans la cavité de l'intestin invaginant; la moyenne est bornée par la portion inférieure de l'intestin invaginé qui s'est réfléchi; l'externe par la portion d'intestin dans laquelle s'est faite l'invagination. Il est facile de se figurer les dispositions inverses, mais analogues, des trois portions cylindriques dans le cas d'invagination ascendante ou rétrograde. On voit donc, ainsi que Dance l'a remarqué, qu'en dehors du canal central muqueux, on trouve deux surfaces séreuses en contact, et plus en dehors deux surfaces muqueuses également en contact : disposition qui explique comment à la faveur d'adhérences entre les deux séreuses, la portion invaginée a pu quelquefois se séparer du reste du tube digestif, sans qu'il en résulte de communication avec la cavité péritonéale. Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples ni aussi régulières. Dans quelques cas, il y a invagination double, comme dans le fait remarquable rapporté par Lobstein (*Anat. pathol.*, t. I, p. 140), et où le rectum contenait, au moyen d'une double invagination, la fin de l'iléon, le cœcum, le côlon droit, le côlon transverse et une portion du côlon gauche; d'autres fois des portions d'organes abdominaux, de l'épiploon, du mésentère, etc., des portions éloignées d'intestin sont comprises dans la poche d'invagination : c'est ce qui existe dans l'observation de M. Baud.

» On conçoit comment, dans ces divers cas, la continuité du tube digestif est interrompue plus ou moins promptement, soit par le nombre et l'épaisseur des parties qui se sont invaginées, soit par la tuméfaction inflammatoire de ces mêmes parties comprimées et étranglées. Mais il arrive quelquefois que l'invagination, quelque profonde qu'elle soit, n'obstrue pas le conduit intestinal, et l'on n'observe alors que les symptômes d'une colite. » (Raige-Delorme, *Dict. de méd.*, t. XXX, p. 872.)

Telles sont, avons-nous dit, les lésions qui presque exclusivement produisent les symptômes des volvulus. Quelques unes cependant beaucoup plus rares, et dont il n'a pas été question ailleurs dans cet ouvrage, peuvent être observées. Nous allons en dire quelques mots.

« Dans quelques cas l'iléus est produit par l'accumulation de matières fécales endurcies ou de corps étrangers qui obstruent le conduit intestinal ; quelquefois par une masse de vers intestinaux roulés ensemble. Hévin rapporte, d'après de Lamartinière, l'observation d'un jeune seigneur qui, voulant faire cesser un dévoiement opiniâtre, mangea une grande quantité d'œufs durs, et mourut quelques jours après avec les symptômes du volvulus; on trouva, à l'ouverture du corps, une colonne d'excréments très durs dans le jéjunum. L'ancien *Journal de méd.* contient divers exemples de volvulus développés par une cause analogue : tel est celui d'un homme qui, après un violent accès de colère et étant encore dans une agitation extrême, fit un repas abondant avec des pois et des bigarreaux sans en séparer les noyaux (t. IX); tel est encore celui d'un individu qui mourut des suites d'un iléus, et chez lequel on trouva une masse d'excréments et de noyaux de cerises, au nombre de douze, obstruant complétement l'S du côlon (t. VI). Le même journal contient (t. IX) l'observation d'une femme septuagénaire qui, depuis trois ou quatre mois, était affectée d'une douleur fixe vers la région du cœcum. La passion iliaque se déclara, et après plusieurs jours de durée, tous les accidents cessèrent par l'évacuation d'un calcul qui est désigné sous le nom de *biliaire*, et qui était de couleur jaune à surface polie et de la grosseur d'un œuf de poule. Les auteurs rapportent un assez grand nombre de faits analogues. Mais il est rare que l'iléus soit déterminé uniquement par l'accumulation de matières fécales ou de corps étrangers, presque toujours il y a un rétrécissement par une désorganisation quelconque dans quelque partie de l'intestin. Tel est le fait rapporté dans les *Bulletins de la Société anatomique*, par M. Denonvilliers, d'une obstruction intestinale causée par une cerise entière arrêtée au niveau du point rétréci.

» La cavité intestinale est quelquefois plus ou moins complétement interrompue par la coarctation de ses parois, par la

dégénération squirrheuse des membranes qui la forment. Mais dans ce cas, l'iléus, quand il survient, n'est qu'un accident, qu'une complication d'une maladie antérieure, et qui est presque toujours incurable. Un des cas de rétrécissement qui, assez souvent, a donné lieu au volvulus, est celui qui résulte de la constriction de l'intestin dans une hernie externe, et qu'il conserve après que celle-ci a été réduite. Un certain nombre de faits de ce genre sont consignés dans les recueils et les mémoires sur les hernies (Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III, p. 162; — Ritsch., *ib.*, t. IV, p. 179; — Desault, *OEuvres*, t. II, p. 336; — Ast. Cooper, *OEuvres*, trad. fr., p. 231 et 261, etc.). Le rétrécissement peut être le résultat d'une plaie cicatrisée de l'intestin, d'une contusion (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IX, p. 232), de l'occlusion d'un anus contre nature (obs. de Renaud, dans l'ancien *Journal de méd.*, t. LXXI, p. 547), d'adhérences qui maintiennent l'intestin dans un lieu fixe et diminuent sa cavité. Dans certains cas, l'intestin est rétréci, en partie oblitéré par des cloisons qui semblent s'être formées à la suite d'ulcérations, par une sorte de froncement de la membrane muqueuse. M. Corbin a publié (*Archives générales de méd.*, t. XXVI, p. 215) un cas curieux où l'on voit un triple rétrécissement à la fin de l'intestin grêle amener un iléus mortel après divers accès graves de constipation.

» Souvent, à la suite de péritonites chroniques, les intestins sont aglomérés entre eux; leur cavité est rétrécie. Morgagni parle dans sa XXXIXe lettre, n° 29, d'une disposition semblable qui occasionna la mort. Le rétrécissement de l'intestin par dégénération cancéreuse est beaucoup moins rare, et a souvent occasionné les symptômes du volvulus; les recueils d'observations contiennent un si grand nombre d'exemples de ce genre d'altérations suivis d'iléus, qu'il serait inutile d'en citer. Il est à remarquer que, contrairement à ce qui s'observe principalement pour les cas d'étranglement, le siége de l'oblitération du conduit intestinal existe le plus communément à l'union du côlon et du rectum. Mais quelquefois le rétrécissement, au lieu d'occuper une portion circonscrite de l'intestin, s'étend à une portion très considérable. Dans un fait assez récent publié dans un journal allemand, il s'agit d'un rétrécissement de ce genre qui s'est terminé par la passion iliaque. C'était chez un homme de quarante-six ans, qui depuis l'âge de vingt-cinq ans avait une constipation habituelle et était sujet à des coliques survenant à la moindre cause, quelquefois à des vomissements. Une constipation contre laquelle échouèrent tous les moyens, des coliques violentes, des vomissements qui ne furent jamais cependant stercoraux, mirent fin à la vie. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement du côlon, tel que sa cavité était réduite au volume d'une plume d'oie; ce rétrécissement commençait à la courbure gauche du côlon et s'étendait jusqu'à la courbure sigmoïde; il était dû à un épaississement considérable des membranes. La muqueuse était lisse, brillante, d'apparence fibreuse. Un cas analogue de rétrécissement est rapporté dans les *Annales* d'Heidelberg, t. I, 1836.

» Divers auteurs, et Copland entre autres (*Dict. of pract. med.*, t. II, art. Intestin), ont admis un rétrécissement qui serait formé par la contraction, en quelque sorte tétanique, d'une portion annulaire de la membrane musculaire, et qui donnerait lieu aux symptômes de l'iléus, appelés alors spasmodiques. Mais rien ne prouve l'existence de ce genre de volvulus. Dans aucun des cas où la mort a suivi les symptômes du volvulus, on n'a rien signalé encore qui puisse faire attribuer l'obstruction du canal intestinal à une semblable cause : toujours on a constaté un obstacle mécanique constitué soit par un étranglement, par un déplacement ou une altération organique de l'intestin, soit par des corps étrangers. Pour admettre un iléus spasmodique, on est forcé de se rejeter sur les cas où les accidents ont spontanément cessé; mais ce fait n'est pas une preuve bien rigoureuse. Il est en effet facile de concevoir que l'obstacle mécanique a pu et dû quelquefois céder. Il est cependant tel cas où l'iléus a pour point de départ une sorte de contraction spasmodique, et pourrait être ainsi désigné; c'est quand il succède à une constipation qui n'est point produite par quelque lésion organique. Mais dans ce

cas encore, la cause immédiate, sinon primitive, de la passion iliaque, est l'accumulation de matières fécales endurcies. Ranoë a rapporté dans les *Actes de Copenhague* (t. II, p. 348), sous le nom d'*ileus spasmodique*, une observation où les choses se sont ainsi passées. Une femme hystérique de moyen âge, après six jours de constipation, fut prise de vomissements, de tympanite, de fièvre violente, etc.; les saignées, les laxatifs, les injections de fumée de tabac échouèrent; le pouls était devenu insensible, les hoquets fréquents, les vomissements stercoraux, lorsque l'administration d'eau froide à l'intérieur, des fomentations froides fréquemment renouvelés sur le ventre, déterminèrent enfin, dans des efforts inouïs, presque convulsifs, l'expulsion d'une grande quantité d'excréments durs comme la pierre : il y eut dès lors un amendement marqué des symptômes iliaques, qui fut bientôt suivi d'un rétablissement complet. » (Raige-Delorme, *loc. cit.*)

Enfin, nous mentionnerons encore, comme cause d'un volvulus qui fait souvent périr les nouveaux-nés, les rétrécissements congéniaux de l'intestin, dont M. Thore a rapporté un exemple remarquable dans le *Bulletin de la Soc. anatom.* (1842, p. 219).

Symptômes. — Les petites invaginations de l'intestin grêle ne produisent presque aucun trouble Il n'en est pas de même de celles qui s'étendent à une grande longueur, surtout lorsqu'elles se forment en partie ou en totalité aux dépens du gros intestin. Dans ce cas, on voit, chez les deux tiers des individus, la maladie débuter brusquement et présenter tous les symptômes des occlusions intestinales. Chez le tiers des sujets, au contraire, l'invagination se faisant lentement, les malades éprouvent, pendant plusieurs semaines ou pendant plusieurs mois, divers dérangements du côté des organes digestifs, tels que des coliques, des alternatives de diarrhée et de constipation, du météorisme et des vomissements. C'est au milieu de ces accidents que surviennent ensuite, soit brusquement, soit d'une manière progressive, des symptômes d'occlusion intestinale; cependant celle-ci n'est pas toujours aussi complète que dans les autres espèces d'iléus : quelques malades, en effet, continuent d'aller à la selle, et rendent beaucoup de gaz par l'anus, même à une époque assez voisine de la mort; mais le météorisme, la distension extrême du ventre, les vomissements de bile et de matières fécales indiquent néanmoins qu'il existe un obstacle considérable. Si l'invagination est étendue et occupe le gros intestin, on pourra, en explorant attentivement le ventre, constater une tumeur rénitente et mate vers le trajet du côlon. Enfin, dans les cas rares où elle s'étend jusque dans le rectum, elle s'opposera à l'introduction des lavements, et le doigt porté dans l'intestin la fera aisément distinguer. La portion invaginée se gangrène quelquefois; si la vie se prolonge suffisamment, l'escharre se détache et est éliminée par l'anus. La science possède environ quarante exemples de cette terminaison de la maladie. La plupart de ces cas ont été réunis et analysés par le docteur W. Thomson, dans le *Journal d'Édimbourg* (octobre 1835); mais deux ans avant les recherches du médecin anglais, un observateur habile, M. Gaultier de Claubry, avait également étudié ce point curieux du volvulus, dans un travail inséré dans le *Journal hebdomadaire*. L'élimination dont nous parlons se fait rarement avant la fin du premier septénaire; dans presque tous les cas, elle s'opère entre la deuxième et la quatrième semaine. Elle est précédée pendant quelques jours de selles noirâtres, fétides, d'une odeur cadavéreuse, souvent sanguinolentes; presque toujours même, d'après la remarque de M. Gaultier de Claubry, du sang pur est rendu en assez grande abondance, aussitôt que la portion gangrenée a été éliminée. On a vu de la sorte des malades rendre, en une ou plusieurs fois, depuis 15 ou 18 centimètres d'intestin jusqu'à une longueur de 120 centimètres. Dans les deux tiers des cas, cette perte de substance s'est faite aux dépens de l'intestin grêle : nonobstant cela, on a vu des malades se rétablir assez promptement. Cependant la plupart d'entre eux succombent; ils meurent, les uns de péritonite, les autres épuisés par la diarrhée et les souffrances. Ceux qui survivent après cette mutilation de l'intestin peuvent rester plus ou moins

souffrants : beaucoup éprouvent des tiraillements dans le ventre et une difficulté plus ou moins grande à redresser le tronc, probablement par suite de quelque adhérence contractée entre l'intestin et la paroi abdominale. Ces accidents se calment pourtant peu à peu, et les individus reviennent à leur état de santé ordinaire ; mais on comprend que, si la cicatrice s'est faite d'une manière vicieuse, il puisse en résulter un rétrécissement de l'intestin qui exposera plus tard le malade à tous les accidents d'un second volvulus plus grave que le premier. Malheureusement le plus grand nombre de ces malades meurent avant que la portion invaginée ait eu le temps d'être éliminée, et même avant que la gangrène ait pu se produire. La mort arrive comme dans les étranglements internes par épuisement ou par péritonite, soit que celle-ci succède à la rupture de l'intestin, soit qu'elle survienne par contiguïté de tissu.

La mortification de la partie invaginée et son élimination sont la seule chance de guérison qui existe pour les malades ; car, pour peu que l'invagination soit étendue, surtout si celle-ci s'est faite dans le gros intestin, il nous paraît impossible qu'elle puisse cesser spontanément : les mouvements péristaltiques doivent tendre, au contraire, à l'augmenter sans cesse.

Diagnostic. — En général, les douleurs violentes de l'abdomen qui offrent peu de rémission, et qui s'accompagnent de hoquets, de vomissements presque continus, de constipation opiniâtre, de météorisme, ne laissent guère de doute sur l'existence d'une oblitération du canal intestinal. Cette oblitération est entièrement confirmée par des vomissements de matière stercorale. Mais les phénomènes du volvulus ne sont pas toujours aussi nettement dessinés, ou bien il en manque quelques uns, de manière qu'il n'est pas toujours aussi facile de diagnostiquer cette affection. D'abord, dans les premiers moments, elle peut être confondue avec la péritonite qui, à l'exception du vomissement des matières stercorales, peut en présenter tous les symptômes ; le plus souvent toutefois la pression du ventre, qui est si douloureuse dans celle-ci, ne l'est que peu dans le volvulus, et, de plus, le météorisme diffère dans l'une et l'autre maladie : dans la péritonite il est médiocre ; dans le volvulus il est considérable, souvent localisé, et les circonvolutions de l'intestin se dessinent à travers les parois du ventre ; dans certains cas aussi, les symptômes du volvulus sont masqués complétement par la complication de cette même péritonite qu'il a amenée. Du reste, il est à remarquer que la péritonite est rarement primitive ; ce ne serait donc que celle qu'occasionne une perforation intestinale qui pourrait en imposer. Or cette perforation ne survient guère en dehors de certaines circonstances : c'est dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde, à la suite d'un empoisonnement, par les progrès d'une altération cancéreuse de l'intestin, etc., qu'elle a lieu. Dans d'autres circonstances, plusieurs symptômes importants du volvulus manquent entièrement ou en partie, comme nous l'avons vu ; mais, il faut l'avouer, ces cas sont rares, et si le diagnostic du volvulus ne peut pas toujours être nettement établi dès son début, il se dessine presque toujours assez clairement à une époque plus avancée.

Mais il n'est pas toujours également facile de préciser la cause et le siége du volvulus, ce qu'il serait important de connaître pour remplir certaines indications thérapeutiques. Le premier soin à prendre est de rechercher si le volvulus ne dépend pas de l'étranglement d'une hernie externe. Pour cela, il faut examiner tous les points de l'abdomen où ce déplacement peut se former, et, dans le cas où il en existe, il faut considérer si la tumeur, soit qu'auparavant elle rentrât avec facilité, soit qu'elle fût habituellement irréductible, présente les caractères de l'étranglement. Quoique dans les cas où les symptômes du volvulus se manifestent chez un individu affecté de hernie, ils dépendent le plus souvent de celle-ci, il ne faudrait pas cependant s'en laisser imposer aveuglément par cette circonstance, ni même par la douleur qui se ferait sentir dans la tumeur herniaire ; il faut, dans ces cas, considérer quel a été le point de départ, quelle a été la marche de cette douleur, comparer l'état de la tumeur à celui du ventre. Dans un cas d'étranglement interne, rapporté par M. Mortier, il y avait hernie inguinale ; la douleur commença dans tout le ventre

et dans la hernie; mais l'intestin rentrait et sortait avec facilité. et l'ouverture inguinale était très grande, ce qui dut éloigner toute idée d'étranglement herniaire.

Mais, dans certains cas de coexistence d'une tumeur herniaire, l'étranglement interne n'est pas toujours facile à constater. M. Velpeau cite, dans sa *Médecine opératoire* (2e édit., t. IV, p. 221), des cas où l'on eût pu aisément commettre la méprise, sans certaines circonstances fortuites, et d'autres où elle a été commise. Ainsi, cet auteur opère un homme de la hernie étranglée; les accidents continuent; il était sur le point, lorsque cet homme succomba, d'opérer la hernie qu'il portait de l'autre côté. L'autopsie cadavérique montra l'intestin tordu sur lui-même, occupant dans le ventre un infundibulum de l'épiploon.

« Un cas extraordinaire, et qui devait donner lieu à une confusion entière du diagnostic. est celui qu'a rapporté M. Laugier (*Bull. chirurg.*, t. I, p. 359). Nous croyons devoir le mentionner, quoique l'étranglement ait été intimement lié à l'existence d'une hernie externe, parce que cette hernie avait une constitution toute particulière, que tout devait faire supposer un étranglement interne. Une hernie congénitale ancienne, ordinairement maintenue par un bandage, sort et s'étrangle; le taxis fait rentrer les parties herniées, mais les symptômes de l'étranglement persistent. « On ne pouvait pas. dit M. Laugier, supposer un étranglement par le collet du sac, puisque la hernie était dans la tunique vaginale, et que le testicule n'était pas remonté à l'anneau. La mort rapide du malade empêcha le chirurgien de mettre à exécution l'opération qu'il avait projetée, et dont il sera question plus bas. A l'autopsie, on vit que l'anse intestinale qui avait été incarcérée dans la poche herniaire était située dans la région hypogastrique, et était étranglée par une bande circulaire aplatie, non adhérente à l'intestin qu'elle étranglait. Cette bandelette provenait d'une portion annulaire du péritoine, qui s'était invaginée dans la tunique vaginale; elle avait été rompue par les efforts du taxis, et s'était séparée de la partie du péritoine qui avoisine l'anneau, transportant dans la cavité abdominale l'étranglement qui avait lieu à l'entrée de la cavité vaginale. Ce qui était remarquable, c'est qu'une disposition semblable du péritoine existait de l'autre côté. Le même auteur a publié dans le même recueil (t. I, p. 242) un autre cas dans lequel l'étranglement existait à la fois dans la tumeur herniaire et dans la cavité abdominale. Après l'opération, l'anse intestinale gangréneuse ayant été fixée à la plaie, en vue d'établir un anus contre nature, les symptômes de l'obstruction intestinale persistèrent, et à l'autopsie on vit qu'à quelques distances de l'anus artificiel, il y avait eu compression et aplatissement du bout supérieur par l'entre-croisement de ce bout avec l'inférieur.

» Après avoir écarté l'étranglement externe, comment arriver à déterminer que le volvulus dépend de l'étranglement de l'intestin, de son invagination, de l'occlusion de sa cavité par quelques corps étrangers, ou du rétrécissement de cette même cavité par la dégénération squirrheuse de ses parois? Le plus souvent, il faut l'avouer, on ne peut que rester dans le doute; mais quelquefois des signes particuliers conduisent à certaines présomptions sur l'existence de tel ou tel genre de causes.

» 1° Dans le cas où il a existé antérieurement une hernie dont la réduction a été faite et maintenue, on peut supposer que l'étranglement est formé par quelque bride, résultat d'une ancienne adhérence dans le sac herniaire, comme dans l'une des observations rapportées par M. Maunoury. De même, si quelque contusion, quelque plaie pénétrante de l'abdomen a précédé le développement du volvulus, il y a quelque probabilité de croire que des adhérences formées à la suite de cette plaie sont les causes de cette affection. Hévin a cité une observation de ce genre, celle de Braillet. Dans ces deux cas, le siége de l'étranglement est assez bien déterminé; il peut l'être encore lorsque la douleur est fixe dans un point circonscrit du ventre, et lorsque l'on y sent une tumeur douloureuse à la pression.

» 2° L'invagination de l'intestin, quand elle est portée au point d'occasionner la passion iliaque, ne produit quelquefois que les symptômes communs à cette affection. C'est ce qui se voit dans les faits

rapportés par Hévin, et qui se sont terminés par la séparation des parties invaginées. Mais d'autres fois, soit que l'invagination se soit formée lentement, soit qu'elle ait préexisté longtemps à la cause accidentelle d'obstruction complète du conduit intestinal, elle a produit, bien avant que de déterminer l'iléus, des symptômes communs à l'entérite chronique. Dans cette circonstance, qui fournit déjà quelques probabilités, si avec les symptômes d'iléus il existe une dépression dans le côté droit du ventre, tandis qu'à gauche s'observe un renflement longitudinal, une tumeur plus ou moins volumineuse, il est permis de croire, d'après les observations de Dance, que cette tumeur est formée par la masse de l'invagination, et que la dépression à droite est due au déplacement du cœcum et du côlon ascendant qui se sont invaginés dans la portion lombaire gauche de ce dernier intestin. Il y a assez souvent, dans ce cas, évacuation d'un liquide sanieux, sanguinolent. On est assuré de l'existence de l'invagination, lorsque les parties font saillie au-dessous de l'anus ou en sont assez rapprochées. Dans un cas rapporté par Lobstein (*loc. cit.*), le toucher par le rectum fit sentir une tumeur qui fut d'abord prise pour un polype fongueux, et d'où la pression faisait sortir une matière fétide et d'une odeur gangréneuse, semblable à celle qui s'écoulait par l'anus. C'était une des lèvres de la valvule iléo-cœcale, très gonflée par suite de l'étranglement que subissait un peu au-dessus le paquet intestinal.

» Mais ces signes peuvent ne pas se manifester dans tous les cas, et d'ailleurs l'invagination détermine quelquefois l'iléus sans être portée à ce degré, comme lorsque la fin de l'intestin grêle est invaginée dans le cœcum. Dans ce cas, rien ne pourra le faire distinguer de toute autre cause d'étranglement, pas même l'existence d'une tumeur dans la région du cœcum, car cette tumeur peut être sentie dans d'autres circonstances.

» 3° Dans le cas où quelques corps étrangers ont déterminé l'occlusion du conduit intestinal, les circonstances commémoratives peuvent contribuer à faire reconnaître cette cause. Il en est de même lorsque la cause réside dans l'accumulation de matières fécales endurcies. Suivant Hévin, la constipation a précédé et dure depuis plusieurs jours; il n'y a point de douleurs dans le commencement; lorsqu'elles surviennent, elles ne s'annoncent pas comme dans les cas inflammatoires; les progrès de la maladie sont lents. Mais que d'exceptions à cette règle de diagnostic!

» 4° Le rétrécissement du tube intestinal par une tumeur squirrheuse, porté au point de produire l'iléus, a donné ordinairement lieu, avant le développement de celui-ci, à des symptômes caractéristiques de cette espèce de maladie. Il pourra se faire cependant qu'on confonde cette cause avec l'invagination qui détermine également des symptômes d'entérite, et la constipation par intervalle, avant l'iléus; mais l'erreur a peu d'inconvénients.

» En résumé, nous voyons qu'il est le plus souvent impossible de préciser la cause et le siége du volvulus. Tout ce qu'on pourrait quelquefois parvenir à reconnaître, c'est que l'obstacle au cours des matières existe dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin. Cette connaissance serait déjà d'une grande utilité dans le cas où l'on se déciderait à faire la gastrotomie. Ce point de diagnostic a été très bien étudié par M. Laugier, en vue de l'opération de la hernie étranglée; mais on peut le généraliser avec cet auteur pour l'appliquer au volvulus.

» Suivant M. Laugier (*Bulletin chirurg.*, t. 1, p. 245), on peut, au début de l'étranglement, pendant tout le temps qui se passe entre cette période et le développement de la péritonite générale, déterminer si l'obstruction a lieu dans l'intestin grêle ou dans une partie du côlon voisine du rectum; le signe qui peut y faire parvenir, c'est la distension mécanique du bout supérieur par les fèces, et surtout par les gaz intestinaux. Dans le cas où l'oblitération a son siége dans le gros intestin, dès le principe la distension du ventre est portée à un degré considérable; ici, avant tout phénomène inflammatoire, l'abdomen est fort distendu, d'une manière générale et sans douleurs vives à la pression. Lorsque, au contraire, l'oblitération existe dans l'intestin grêle, on observe pendant

un temps assez long, après le commencement des accidents, un ballonnement du ventre plus ou moins circonscrit aux environs de l'aine et de l'ombilic, tandis que toute la région occupée par le côlon ascendant, le transverse et le descendant. est d'autant plus déprimée et souple, que le bout inférieur s'affaisse et revient sur lui-même. « Un examen ultérieur prouvera sans doute, dit M Laugier, que non seulement la localisation, mais encore le volume du ventre ballonné doit être proportionné à la longueur de l'intestin situé entre l'étranglement et l'estomac; si même, après plusieurs jours, les flancs et la région épigastrique sont restés flasques et sans douleur, cela forme un signe négatif qui a une grande valeur pour placer le gros intestin dans le bout inférieur (pour faire penser que l'étranglement existe sur l'intestin grêle). » (*Loc. cit.*, t. I, p. 247.) Mais que de causes d'incertitude dans ces divers éléments de jugement! C'est à l'expérience, aujourd'hui que l'attention est appelée sur ce sujet, à déterminer la précision que comporte ce diagnostic. » (Raige-Delorme, *loc. cit.*)

Marche, *durée*, *pronostic*. — En décrivant les symptômes et en cherchant à éclairer le diagnostic du volvulus, nous avons assez fait connaître sa durée, sa marche et ses terminaisons, pour qu'il soit inutile d'y revenir ici dans autant de paragraphes. Il ressort évidemment de ces détails que le volvulus est non seulement une des affections les plus graves, mais encore le plus promptement mortelles.

Traitement.—Les moyens thérapeutiques à opposer au volvulus ne diffèrent en rien de ceux qu'on prescrit dans le cas d'entérite et de péritonite. Comme ils ont été ou qu'ils seront indiqués avec détail aux articles qui concernent ces deux maladies, il serait inutile de les répéter ici; seulement, en raison de la cause spéciale qui détermine le volvulus, diverses méthodes de traitement ont été employées ou conseillées pour chercher à lever l'obstacle qui s'oppose à la progression des matières, et qui est la source de tous les accidents. Ce sont ces méthodes qu'il faut étudier ici.

« 1° On a cherché à rétablir le cours des matières stercorales à l'aide de lavements purgatifs plus ou moins énergiques, tels que ceux qui sont composés avec une solution d'hydrochlorate de soude, avec une décoction de séné ou de feuilles de tabac; l'insufflation de la fumée du tabac dans le gros intestin a été également préconisée. Ce dernier moyen, employé quelquefois avec succès dans le cas d'étranglement et d'engouement de hernie, pourrait être avantageux dans certains cas de volvulus interne, en favorisant le dégagement de l'anse intestinale étranglée ou la désobstruction du conduit engoué par le mouvement péristaltique imprimé à l'intestin. Mais, comme on l'a vu, la nature de l'obstacle s'oppose le plus souvent à tout espoir de le surmonter; les lavements purgatifs ne feront donc qu'augmenter l'irritation et l'inflammation. Ce n'est qu'avec prudence qu'on doit en tenter l'emploi, mieux vaut se borner aux lavements émollients. Des purgatifs administrés par la bouche auraient plus d'inconvénients encore, et dans plusieurs observations d'iléus, recueillies par les auteurs, on voit tous les symptômes se développer ou prendre plus d'intensité immédiatement après l'administration d'un purgatif. Ce n'est que dans quelques cas où l'on pourrait soupçonner un engouement des matières fécales, ou un rétrécissement incomplet du tube intestinal, qu'il serait permis de hasarder l'introduction dans l'estomac de quelque laxatif à dose fractionnée, tel que les huiles d'amandes douces et de ricin, ou quelques grains de calomel. Peut-être y aurait-il encore moins d'inconvénient à solliciter l'action de l'intestin à l'aide de purgatifs appliqués à l'extérieur. On avait, dans la même intention, conseillé l'application d'un froid intense; mais les dangers de cette médication sont trop manifestes pour permettre de l'adopter, malgré quelques exemples de succès. M. J. Leroy a proposé, dans le cas d'iléus causé par l'étranglement d'une hernie ou par un étranglement interne, d'établir de la bouche à l'anus un courant galvanique produit par six, quinze ou vingt couples de 2 pouces de diamètres (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 270). Suivant ce médecin, le galvanisme déterminerait dans le tube digestif des contractions plus puissantes, plus promptes, plus générales que celles qui résultent de l'action des purga-

tifs, sans causer une irritation dangereuse. L'expérience n'a point encore prononcé sur ce moyen. On peut lui opposer les mêmes objections qu'aux purgatifs, dont l'action est le plus souvent inefficace pour dégorger des étranglements ou des invaginations profondes, et concourt même à augmenter ces dispositions. Toutefois il y aurait moins de dangers à employer le galvanisme que l'on peut suspendre ou graduer à volonté. Ce n'est que pour les proscrire absolument que l'on doit faire mention des vomitifs administrés dans la vue de dégager l'intestin étranglé ou invaginé par la secousse violente imprimée aux organes digestifs. Si l'on rapporte des cas où cette méthode a réussi, il en est un plus grand nombre qui attestent son inutilité et ses dangers.

» 2° Convaincu que la passion iliaque était toujours déterminée par l'invagination ou l'entortillement de l'intestin, on pensa à détruire cette disposition par un moyen mécanique, par l'ingestion de substances qui devaient agir par leur poids. C'est dans cette intention que pendant longtemps il a été d'usage d'avaler, dans le cas d'iléus, du mercure coulant, des balles de plomb, ou d'autre métal. Une foule d'auteurs disent avoir guéri par ces moyens des iléus désespérés. Mais ces succès ne peuvent autoriser l'emploi du mercure et des balles de plomb. En effet, l'invagination, contre laquelle cette médication est préconisée, est loin d'être la cause la plus fréquente du volvulus, et dans le cas où la portion invaginée est enflammée et adhérente, comme il arrive le plus souvent lorsque la passion iliaque en est le résultat, que peut-on attendre du mercure ou des balles de plomb? Ces moyens ne feront qu'augmenter les accidents et hâter la mort dans les cas d'invagination comme dans ceux d'étranglement.

» Une tentative qui n'offre pas les mêmes dangers, et qui pourrait avoir des avantages dans les cas d'invagination et même d'étranglement médiocre, c'est l'insufflation d'une grande quantité d'air dans l'intestin au moyen d'un soufflet. Le docteur Wood rapporte un cas remarquable de guérison par ce moyen chez un individu qui, depuis trois jours, était en proie aux symptômes d'un volvulus aigu, et était arrivé à un état regardé comme désespéré; l'affection paraissait due à une invagination intestinale; la main appliquée sur la région iliaque droite sentait une tumeur oblongue qui, pendant un accès de douleur, s'éleva comme par un mouvement d'érection, pendant qu'on percevait le choc d'un liquide dirigé de haut en bas contre le point de l'obstruction. Après une première insufflation, imparfaite à cause du mauvais état de l'instrument, le malade se sentit extrêmement soulagé, et rendit par l'anus une grande quantité de gaz et un demi-septier d'eau sanguinolente très fétide. Une autre insufflation faite avec un meilleur instrument fut poussée jusqu'à tension complète de l'abdomen. On recommanda au malade de résister au besoin d'évacuer, on lui prescrivit une goutte d'huile de croton tiglium toutes les deux heures, et au bout de quatre heures un lavement mucilagineux. Six heures après cette prescription, le malade n'avait éprouvé aucune douleur, et dans les deux dernières heures il avait eu deux selles abondantes. » (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 240.)

» M. Mitchel a publié un cas analogue (*Gaz. méd de Paris*, 1838, p. 918). L'insufflation de l'air convient, dit le docteur Wood, aux cas qui sont d'ailleurs les plus nombreux, où c'est la partie supérieure de l'intestin qui est invaginée dans l'inférieure. La portion contenante étant dilatée artificiellement, la portion invaginée doit avoir une grande facilité à se dégager; les mouvements péristaltiques qui apportent la matière provenant de la partie supérieure du tube digestif agissent d'ailleurs favorablement sur la portion invaginée » (Raige-Delorme, *loc. cit.*)

3° L'inefficacité des moyens employés dans le plus grand nombre des cas de volvulus, la terminaison funeste qui est presque toujours le résultat de cette affection, déterminèrent quelques hardis praticiens à tenter une opération au moyen de laquelle l'abdomen étant ouvert, on pourrait lever directement l'obstacle qui s'oppose au cours des matières fécales. Hévin, dans un mémoire remarquable, chercha à prouver que la gastrotomie ne devait jamais être faite, et c'est à peu près le sentiment qui domine actuellement

parmi les hommes les plus expérimentés, du moins s'il s'agit d'une opération par laquelle on se propose de lever l'obstacle au cours des matières. En effet, comme nous l'avons vu, il est presque toujours impossible de déterminer la condition organique du volvulus. Si quelques signes rendent probable l'existence de telle cause ou de telle autre, le plus souvent toutes se confondent par des symptômes semblables. Souvent aussi le siége de la cause du volvulus est inconnu ou n'est que vaguement indiqué. A combien de tâtonnements dangereux et difficiles ne s'exposerait-on pas en cherchant l'obstacle? En supposant qu'on pût distinguer un étranglement, une invagination du rétrécissement squirrheux de l'intestin, comment savoir si l'obstacle est de nature à être levé, s'il ne s'est pas formé des adhérences qui rendront impraticable tout dégagement de l'intestin? Enfin, à quelle époque fera-t-on l'opération? Près de l'invasion, où l'opération aurait le plus de chances de succès, le diagnostic n'est pas assez certain sur l'existence du volvulus, indépendamment de la cause qui le détermine, et l'on n'est pas toujours assez sûr que la maladie ne se terminera pas favorablement, pour prendre un parti aussi grave. A une époque avancée, il existe presque toujours une entérite et une péritonite intense que l'opération aggrave. Quelques succès fondés sur le hasard ne peuvent justifier une opération aussi grave. Le résultat malheureux d'une opération de ce genre, faite en 1817 par Dupuytren, et l'opinion de ce célèbre chirurgien n'ont pas peu contribué, après le mémoire de Hévin, à faire entièrement réprouver la gastrotomie. (Voy. *Médecine opératoire de Sabatier*, édit. de Dupuytren, Sanson et Bégin, Paris, 1832, t. III, p. 503.)

Toutefois il en est ici comme dans beaucoup de circonstances, où des exceptions existent à côté de la règle générale. Il pourrait se rencontrer tel cas qui donnât lieu à des indications précises, et où l'on serait autorisé à tenter un moyen très incertain mais unique ressource d'une maladie presque nécessairement mortelle. C'est à la sagacité du praticien à saisir ces indications et le moment le moins défavorable à l'opération.

Si la gastrotomie, dans le traitement du volvulus, n'est que très rarement applicable, il n'en est peut-être pas de même d'une autre opération, qui a été exécutée et recommandée pour quelques cas particuliers, qui vient d'être proposée comme méthode générale par M. Laugier, et après lui, par M. Maisonneuve : c'est l'entérotomie. L'établissement d'un anus artificiel, conçu d'abord par Littré et exécuté seulement à la fin du dernier siècle par divers praticiens, est regardé, malgré ses fréquents insuccès, comme le seul moyen à opposer à certaines imperforations du rectum chez les nouveaux-nés. Ce même moyen a été appliqué plus récemment aux cas où la dernière partie du gros intestin est oblitérée, et a eu quelques avantages. Mais cette opération peut-elle être appliquée à l'intestin grêle et constituer une ressource en cas de volvulus, ayant son siége au-dessus du gros intestin? Indiquée vaguement par Louis en 1757 (*Mémoire sur les hernies avec gangrène*), puis par Hévin, Boyer, etc., contre des affections diverses, cette opération est plus clairement et plus explicitement proposée contre l'espèce actuelle par M. Maunoury dans sa *Dissertation sur l'iléus*, où il combat, du reste, la gastrotomie. Cet auteur, supposant que le chirurgien a tenté la gastrotomie et n'a point rencontré le lieu de l'étranglement, pense qu'il devrait, pour dernière ressource, établir un anus contre nature en ouvrant le bout supérieur de l'intestin, et en le retenant au dehors au moyen d'un fil passé dans le mésentère : projet, dit-il, qui n'a peut-être jamais été proposé, et qui ne serait pas d'une difficile exécution. Des circonstances favorables en apparence se sont rencontrées dans un cas observé par M. Monod, il y a quelques années. Le volvulus semblait déterminé par une invagination ou par une tumeur dans la région iléo-cœcale (*Archiv. gén. de méd.*, 1838, 2e série, t. II, p. 455). Une incision des parois abdominales n'ayant pas fait découvrir immédiatement l'obstacle au cours des matières, le chirurgien attira dans la plaie une anse d'intestin grêle qu'il fendit longitudinalement dans l'étendue d'un pouce et demi, et qu'il fixa à l'aide d'un fil passé dans le mésentère. Une quantité considé-

rable de matières fécales s'étaient écoulées, et un soulagement notable s'était fait sentir ; mais une péritonite générale emporta, deux jours après, la malade, jeune femme de vingt-cinq ans, et l'on trouva à l'autopsie un rétrécissement squirrheux du cœcum à sa jonction avec le côlon ascendant, qui ne permettait que l'introduction d'une sonde. Malgré le résultat funeste de cette opération, nous croyons qu'en pareil cas on ne pourrait qu'imiter la conduite tenue en cette occasion.

Nous avons cité plus haut un cas remarquable, publié par M. Laugier, de hernie inguinale, après la réduction de laquelle persistèrent les symptômes d'étranglement. Comme la percussion faisait constater la présence dans la région hypogastrique d'une anse intestinale appartenant au bout supérieur et située transversalement, ce chirurgien avait conçu un projet d'opération qu'il simula sur le cadavre, mais que la mort prompte du malade empêcha de mettre à exécution. « Cette opération, dit M. Laugier (*Bull. chirurg.*, t. I, p. 368), eût pu être faite facilement sur le vivant, et l'occasion de la pratiquer utilement ne se fera peut-être pas attendre, car elle pourrait convenir dans quelques autres étranglements internes que ceux qui résultent de la réduction des hernies. Cette opération est la gastrotomie, mais pratiquée dans un but particulier. » Après avoir montré, avec Boyer et par l'exemple de Dupuytren, que la gastrotomie exécutée en vue de lever ou de détruire la cause de l'étranglement est une opération dangereuse et à peu près impraticable, M. Laugier remarque que, pour le cas rapporté par lui, sans s'occuper de la question à peu près insoluble de la variété d'étranglements, il y avait indication à faire un anus contre nature sur le bout supérieur, le plus près possible de l'étranglement. « Mais, ajoute-t-il, comme cette détermination précise est très ardue, il faudra se féliciter si, en ouvrant le bout supérieur, le hasard fait que l'incision ne soit pas trop éloignée du lieu de l'étranglement. Peut être vaut-il mieux donner le précepte de chercher le bout supérieur dans la région hypogastrique en incisant la ligne blanche, parce que cette séparation est toujours praticable, et que d'ailleurs en choisissant ce point on tombera, pour la grande majorité des cas, dans une anse intestinale assez rapprochée de la fin de l'intestin grêle. La percussion du ventre devra conduire, du reste, à rechercher la portion du bout supérieur que sa matité indique être remplie de matières ; avec cette précaution, on ne pourra faire d'erreur que dans le cas de tumeur plus ou moins volumineuse comprimant l'intestin, ou d'invagination ; mais on réussira d'emblée à ouvrir une voie large aux matières dans les autres cas d'étranglements internes. »

« Ce sont ces mêmes idées que M. Maisonneuve a développées dans un mémoire lu en 1845 à l'Académie des sciences, et publié dans les *Archives générales de médecine*. Ce chirurgien a cherché à établir par des considérations toutes théoriques que l'entérotomie ou l'opération de l'anus artificiel constitue la seule méthode de thérapeutique en cas d'étranglement interne, et qu'elle a des chances raisonnables de succès alors qu'il n'y a pas complication de péritonite générale. Suivant lui, l'entérotomie s'applique à tous les cas d'obstruction d'intestin ; les diverses conditions de l'obstacle n'influent nullement sur la manœuvre, qui peut être parfaitement régularisée et n'offre pas de difficultés sérieuses. La recherche de l'anse intestinale, sur laquelle doit être établi l'anus artificiel, est facilitée par la distension de toute la portion d'intestin placée au-dessus de l'obstacle, et l'on a, dans la fréquence et la rareté des valvules conniventes faciles à sentir, un moyen de se guider pour s'éloigner le plus possible de l'estomac. Quant à l'obstacle, il pourra, suivant sa nature, tantôt disparaître, et l'anus artificiel se trouvera dans les meilleures conditions de curabilité, tantôt persister et subir des modifications qu'une observation ultérieure peut seule faire connaître.

» Quoique aucun fait n'ait encore appuyé directement le précepte qui fait de l'entérotomie le moyen opératoire général en cas de volvulus, il nous semble reposer sur des considérations spéculatives assez puissantes pour en appeler à l'expérience. » (Raige-Delorme, *loc. cit.*)

CHAPITRE V.

MALADIES DU PÉRITOINE.

Lésions congénitales. — Ces lésions sont presque toujours liées à des vices de conformation des organes tapissés par le péritoine. Dans des cas beaucoup plus rares, celui-ci est mal conformé, indépendamment des viscères : tels sont les cas d'ouverture anormale dans le mésentère, d'enfoncement de sacs ou de replis particuliers que présente cette membrane séreuse. Toutes ces lésions, peu importantes d'ailleurs, ont été étudiées dans le *Traité des maladies des enfants*. Nous nous contenterons d'y renvoyer le lecteur.

Lésions traumatiques. — Ces lésions sont également fort rares, lorsqu'elles ne sont pas une simple complication de lésions viscérales infiniment plus graves. Dans quelques cas, cependant, on a observé des ruptures et même des plaies du feuillet pariétal du péritoine. Ces plaies n'ont jamais d'importance sérieuse et ne doivent former qu'un appendice des plaies viscérales de l'abdomen. (Voy. *Blessures de l'abdomen.*)

Quant aux lésions véritablement morbides, les affections cancéreuses, les tumeurs diverses, les dépôts tuberculeux sont assez rares et ont été étudiés avec assez de soin dans le *Traité des maladies des enfants*, pour que nous puissions nous dispenser d'y insister de nouveau. Deux affections seules méritent une nouvelle description à cause de leur fréquence assez grande chez l'adulte : ce sont la péritonite et l'ascite.

ARTICLE PREMIER.

Péritonite.

Cette inflammation sur laquelle on trouve quelques indices vagues dans les auteurs anciens, mais qui n'est bien connue que depuis assez peu de temps, peut se présenter sous la forme aiguë et chronique. Sous chacun de ces types, elle reçoit, des causes nombreuses qui la produisent, et des conditions dans lesquelles elle se développe, des modifications si remarquables que, pour en donner une idée juste, il faut nécessairement, après avoir exposé son histoire générale, la montrer successivement sous chacune de ses principales formes. Quelques unes d'entre elles semblent aussi appartenir plus spécialement à telle ou telle période de l'existence, et, par exemple, la péritonite tuberculeuse affecte de préférence les enfants vers la période de transition entre la première et la seconde enfance.

Symptômes. — « Le début de la péritonite est ordinairement marqué par un frisson plus ou moins fort et prolongé, et par un brisement dans les membres ; ailleurs, une douleur aiguë dans le ventre en est le premier phénomène. Cette douleur, qui devient le principal symptôme de la maladie, a des caractères particuliers : elle est ordinairement tensive, pongitive, quelques malades la comparent à celle que produirait l'introduction, dans les parties affectées, d'un instrument tranchant ou d'une vis, elle augmente par la pression, par le simple contact de la main ; elle s'exaspère dans les efforts pour vomir, pour aller à la selle, pour uriner, dans les simples mouvements que fait le malade dans son lit ; le poids d'un cataplasme, d'une simple toile, est quelquefois insupportable et l'on est obligé de soutenir par des cerceaux les couvertures du lit. Quelquefois néanmoins la douleur est beaucoup moins intense ; elle peut même cesser par intervalles, et ne se faire sentir que sous une pression un peu forte ; elle est à peu près la même dans tout le ventre chez la plupart des malades ; chez quelques uns elle est plus vive à l'ombilic, à l'épigastre ou à l'hypogastre ; chez plusieurs elle conserve plus d'intensité dans le point où elle a commencé à se faire sentir, d'où elle s'est propagée au reste du ventre. Cette douleur est accompagnée quelquefois d'une sensation locale de chaleur. A ces symptômes se joignent les nausées, les vomiturítions, les vomissements ; les matières vomies sont d'abord les aliments qui étaient contenus dans l'estomac au moment de l'invasion, puis les boissons que le malade prend, les mucosités que l'estomac sécrète et la bile qui ne tarde pas à y affluer. Il y a en même temps de l'anorexie, une soif plus ou moins vive, et généralement de la constipation.

» Outre ces désordres fonctionnels, plusieurs signes physiques caractérisent la maladie : on constate dès le début une

tension remarquable du ventre, dont les muscles se roidissent sous la main du médecin, et après douze, vingt-quatre ou trente-six heures, une tuméfaction notable. Cette intumescence se montre à des degrés divers chez les différents sujets, à raison de l'intensité de l'inflammation, et plus encore à raison du degré de résistance qu'offrent les parois abdominales : elle est considérable chez ceux dont le ventre est naturellement flasque, comme chez les femmes à la suite de l'accouchement, et dans les deux sexes, après la ponction abdominale ; chez les individus, au contraire, dont les muscles abdominaux sont très forts, chez les hommes maigres et robustes en particulier, le ventre est à peine tuméfié ; quelquefois même il est sensiblement rétracté, surtout dans les premiers jours de la maladie ; il est alors très dur. Et en général, chez les sujets atteints de péritonite, la dureté et la tuméfaction sont en raison inverse : plus celle-ci est grande, moins l'autre est considérable. L'intumescence du ventre est presque toujours égale et régulière dans la péritonite générale ; c'est seulement dans quelques variétés, qu'on observe ces bosselures signalées par plusieurs auteurs comme un phénomène propre à l'inflammation du péritoine.

» La percussion pratiquée sur le ventre donne d'abord un son plus clair que dans l'état de santé, puis de jour en jour un son de plus en plus obscur, surtout dans les parties déclives ; ces phénomènes opposés sont dus, le premier à la distension des intestins par le gaz, le second à l'épanchement d'un liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale. L'auscultation révèle également dans quelques circonstances un bruit de frottement analogue à celui de la pleurésie et de la péricardite ; ce bruit que l'on perçoit en appliquant l'oreille ou le stéthoscope sur divers points des parois latérales et antérieure de l'abdomen est dû au frottement réciproque des surfaces recouvertes de fausses membranes dans les mouvements qui accompagnent la respiration. (Barth et Roger, *Traité d'auscultation*, Paris, 1841, p. 413.)

» Un concours remarquable de phénomènes généraux accompagne la péritonite et contribue encore à la caractériser : La face est ordinairement pâle, décolorée, et comme rapetissée ; les traits, tirés en haut et ramenés vers la ligne médiane, donnent à la physionomie une expression remarquable de souffrance et d'anxiété. Le malade se tient constamment couché sur le dos. Il ne peut, sans augmenter beaucoup ses douleurs, s'incliner sur l'un ou l'autre côté. Il reste dans une immobilité complète, les cuisses un peu relevées sur le bassin, afin de relâcher les muscles du ventre. Il n'ose satisfaire sa soif dans la crainte de provoquer le vomissement, et par suite l'exaspération des douleurs abdominales. Il est abattu et découragé ; il ne dort point. Sa respiration est courte, interrompue, l'abaissement du diaphragme produisant sur les parties affectées le même effet que la pression de l'abdomen sur le ventre. Le pouls est fréquent, petit, serré, la chaleur peu augmentée, la peau sèche, l'urine rare et épaisse. » (Chomel, *Dict. de méd.*, t. XXIII, p. 562.)

Tel est le tableau général de la péritonite ; cette description s'applique à la grande majorité des cas. Toutefois il est peu de maladies qui, en raison des causes qui les produisent ou de l'étendue des lésions qui les constituent, offrent autant de variétés que celles-ci. Ces *variétés* étant très importantes pour établir le pronostic, nous allons les passer rapidement en revue.

Ces *variétés* de *formes* sont : 1° la péritonite puerpérale ; 2° celle qui est produite par la perforation d'un des organes abdominaux ; 3° celle qui est consécutive à un étranglement externe ou interne ; 4° la péritonite latente ; 5° la péritonite partielle.

La puerpérale (*peritonitis puerperarum*) est, comme son nom l'indique, celle qui survient à la suite de l'accouchement Il résulte des faits observés par MM. Tonnelé, Dance, Duplay, Cruveilhier, etc., que le plus souvent la phlegmasie du péritoine n'existe pas seule, qu'elle est compliquée, soit de l'inflammation des vaisseaux veineux ou lymphatiques de l'utérus, soit de métrite. La péritonite puerpérale devient souvent épidémique dans les hôpitaux destinés aux femmes en couches. Plusieurs de ces épidémies ont été observées dans le siècle dernier à l'Hôtel-Dieu de Paris, et l'on en voit presque chaque année à la Maternité, à la Clinique d'accouche-

ments. Elles paraissent quelquefois circonscrites dans un seul établissement ; elles ne s'étendent ni aux femmes qui, dans la même ville, habitent des maisons particulières, ni à celles qui sont placées dans d'autres hôpitaux ; plus d'une fois, ainsi que l'a signalé Tenon dans ses rapports, l'entassement des malades, l'encombrement des nouvelles accouchées, ont paru être la cause de leur développement. Leur apparition coïncide quelquefois avec des changements brusques de température, auxquels il est naturel de les rattacher ; l'épidémie apparaît alors soudainement dans plusieurs établissements séparés, et dans les maisons particulières, frappant simultanément un grand nombre de femmes en couches. Ailleurs, et c'est le cas le plus commun, les causes qui produisent ces épidémies restent inconnues ; toutefois on observe, dans la durée de ces épidémies, que des causes occasionnelles impuissantes le plus souvent à elles seules pour produire en d'autres temps la péritonite, comme le froid, les émotions morales (P. Frank), les parturitions laborieuses ou artificielles, sont alors presque constamment suivies du développement de cette maladie.

« La péritonite puerpérale se manifeste généralement dans les premiers jours et même dans les premières heures qui suivent l'accouchement, rarement après une semaine ; un état de malaise général, quelquefois une légère diarrhée, ont dans plusieurs épidémies précédé son développement ; le plus souvent elle a une invasion brusque marquée par des horripilations vagues, ou plus fréquemment encore par un frisson aigu dans l'abdomen, des vomissements plus ou moins rapprochés, une constipation opiniâtre, et enfin tous les symptômes de la péritonite, mais avec quelques modifications particulières. Le siége de la douleur, les changements qui surviennent dans l'écoulement des lochies, l'état des mamelles, celui du ventre, soit dans le cours, soit au déclin de la maladie, forment de la péritonite puerpérale une variété très tranchée. La douleur est souvent bornée, dans le principe, à l'hypogastre et aux lombes, et y conserve plus d'intensité lorsqu'elle s'est étendue au reste du ventre ; les lochies sont diminuées ou suspendues ; les mamelles ne se gonflent pas ou s'affaissent après s'être gonflées ; quelquefois elles deviennent douloureuses ; la sécrétion du lait ne s'établit pas ou s'arrête ; les parois abdominales, longtemps distendues par l'accroissement progressif de l'utérus, n'offrent point de résistance, et le ventre peut acquérir en peu de jours, d'abord par l'accumulation des gaz dans les intestins, et ensuite par l'exhalation d'un liquide dans le péritoine, un volume considérable, sans offrir ni la dureté ni la tension qu'il présente dans les péritonites ordinaires ; toutefois la quantité de liquide épanché peut devenir assez considérable pour distendre les parois de l'abdomen, et offrir une fluctuation presque aussi évidente que dans l'hydropisie ascite. Ajoutons, pour compléter ce tableau de la péritonite puerpérale, que les phénomènes généraux sont ordinairement plus graves, l'altération des traits plus profonde ; le délire est plus fréquent, la prostration des forces plus rapide et plus complète.

» La péritonite puerpérale épidémique est, en général, très rapidement mortelle. Dans sa forme la plus grave, la durée est de quelques jours ; quelquefois elle a fait périr en moins de vingt-quatre heures. Mais, il faut le dire, on a vu aussi quelques épidémies assez bénignes pour que la terminaison en ait été le plus souvent favorable. C'est là ce qui explique le succès obtenu chez un grand nombre de femmes à la fois sous l'influence des moyens thérapeutiques les plus variés. Mais il y a lieu de croire que ces faits, observés particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le siècle dernier, se rattachaient à de simples métrites ou à quelque autre forme bénigne de fièvres puerpérales, plutôt qu'à des péritonites ou à des métro-péritonites proprement dites.

» Quand la péritonite puerpérale se termine heureusement, elle offre à son déclin, comme elle avait offert à son début, quelques circonstances qui lui sont propres. Le volume du ventre diminue aussi rapidement qu'il avait augmenté, et si la durée de la maladie a été courte, les lochies peuvent reparaître, les mamelles se gonflent et la sécrétion du lait s'établit. Ces divers phénomènes, effet plutôt que cause du changement favorable qui s'opère dans les parties phlogosées, ont été consi-

dérés par beaucoup de médecins comme la crise naturelle de la fièvre puerpérale

» Quelquefois l'inflammation du péritoine survient après l'opération de la paracentèse chez les sujets atteints d'ascite. L'apparition de la douleur dans le point où la ponction a été faite, la flaccidité des parois abdominales, le gonflement rapide du ventre dès les premiers jours de l'inflammation, donnent à cette péritonite quelque ressemblance avec celle qui succède à l'accouchement ; mais elle en diffère essentiellement, non seulement par l'absence des phénomènes qui sont liés à l'état puerpéral, mais encore par une marche ordinairement beaucoup plus lente, par une terminaison presque inévitablement funeste, et par la nature du liquide qu'on trouve dans le péritoine après la mort, liquide formé d'un mélange de sérosité, de flocons albumineux, et de pus dans lequel domine la sérosité.

» La seconde variété de la péritonite, celle que nous appellerons péritonite par perforation, et qui survient lorsqu'un organe creux, un kyste, un abcès, etc., s'ouvrent dans le péritoine, est due bien moins à cette perforation elle-même qu'au passage dans la cavité péritonéale des matières contenues dans la partie perforée. Cette variété en renferme un très grand nombre d'autres, à raison de l'organe perforé, de la lésion anatomique qui produit la perforation et de la nature des matières transmises dans le péritoine ; mais toutes offrent, dans leur développement et leur terminaison, une telle ressemblance, qu'il est naturel de les réunir.

» Tous les organes creux et les conduits contenus dans l'abdomen, comme l'estomac, les intestins, la vésicule biliaire, la vessie, les uretères, les reins, l'utérus, les kystes de toute espèce développés, soit dans quelques viscères, comme les ovaires et le foie, soit dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine, peuvent être le siége des perforations qui nous occupent; les gros vaisseaux de l'abdomen, l'iliaque primitive (Andral, *Clinique*, obs. 2), l'aorte, etc., peuvent offrir la même lésion et donner lieu consécutivement à des effets analogues, des abcès formés au voisinage du péritoine, soit dans les parois antérieures de l'abdomen, soit dans les fosses iliaques (Grisolle, *Archives gén. de méd.*, 1839) ; des tubercules développés dans les ganglions donneront encore lieu immédiatement à une péritonite, s'ils viennent à verser dans le ventre du pus ou de la matière tuberculeuse ramollie. Parmi les lésions qui produisent la perforation de ces organes, de ces kystes ou de ces tumeurs, les unes sont accidentelles et dues à des causes extérieures, telles que l'action d'un instrument vulnérant, une contusion, une chute sur le ventre, et dans ces deux cas la péritonite qui se développe rentre dans la classe des maladies chirurgicales ; d'autres péritonites par perforation sont spontanées ou dues à des causes internes, telles que l'ulcération primitive, celle qui est consécutive au ramollissement d'un cancer ou d'un tubercule, à la rupture des parois d'un abcès, à la séparation d'une escharre, à la déchirure d'un organe volumineux distendu, comme la vessie ou l'utérus, à l'éraillement dont certains kystes paraissent être susceptibles, et, dans quelques cas sans doute, à plusieurs de ces lésions réunies. Mais de toutes ces altérations qui donnent lieu à la péritonite par perforation, la plus commune incontestablement est l'ulcération des follicules isolés ou agminés de l'intestin dans la fièvre typhoïde, et après elle, l'ulcération des tubercules intestinaux dans le cours de la phthisie. Souvent aussi les perforations de l'appendice vermiforme du cœcum déterminent une phlegmasie du péritoine, soit qu'elles dépendent pareillement d'une ulcération typhoïde, tuberculeuse, ou même simplement inflammatoire, soit que les parois de l'appendice aient été déchirées par un corps étranger. » (Chomel, *loc. cit.*)

Quant aux matières qui pénètrent dans le péritoine à la suite des perforations, elles sont le plus souvent liquides et assez irritantes pour donner immédiatement naissance à des accidents qui marquent l'instant où s'opère leur transmission dans la cavité péritonéale. Du reste, ces substances varient comme les organes ou les tumeurs qui les fournissent : l'urine, la bile, les aliments, la pâte chymeuse, du sang du pus, les liquides variés qui existent dans le kyste, des hydatides, de la matière tuberculeuse, un détritus gangréneux, etc.,

peuvent passer dans le péritoine et y reproduire des phénomènes inflammatoires, dont l'intensité peut et doit varier, mais qui, d'ailleurs, offrent entre eux beaucoup d'analogie.

« Un trait commun à la plupart des péritonites par perforation, c'est d'abord de se développer chez des sujets déjà malades, depuis un temps plus ou moins long.

» Tantôt ce sont des individus atteints d'une affection chronique des voies respiratoires, qui ont eu des hémoptysies, qui toussent depuis un certain temps, qui ont des sueurs nocturnes, des alternatives de constipation et de diarrhée, et dont le thorax donne à la percussion et à l'auscultation des signes plus ou moins évidents de dégénérescence tuberculeuse. Chez eux, la connaissance de ces symptômes et l'examen du thorax viennent éclairer sur la nature de la maladie du ventre et sur l'origine de la péritonite ; tantôt la perforation des intestins et la péritonite, qui en est la suite, ont lieu dans le cours d'une affection aiguë, la fièvre typhoïde, et l'observation a démontré (voyez l'ouvrage de M. Louis et celui du docteur Genest sur la maladie typhoïde) que cet accident avait lieu le plus souvent dans des cas médiocrement graves en apparence, chez des sujets, par exemple, qui n'offrent qu'un appareil fébrile peu intense, sans aucun signe d'inflammation abdominale, et quelquefois chez ceux qui semblent entrer en convalescence ; tantôt enfin les individus chez lesquels apparaissent les symptômes de la péritonite par perforation avaient quelques unes des autres maladies que nous avons indiquées, mais nous devons ajouter que cette péritonite survient bien plus souvent dans les affections typhoïde et tuberculeuse que dans toutes les autres, quelle que soit l'affection antécédente. A l'instant où la perforation a lieu, un changement notable s'opère subitement chez les malades : une douleur très aiguë, rarement précédée de frisson, se fait tout à coup sentir dans un point déterminé du ventre, le plus souvent dans la région iliaque droite ; elle augmente rapidement d'intensité, et se propage vers les parties voisines, la moindre pression l'exaspère; des vomissements surviennent, le ventre se tend, son volume augmente, le pouls se précipite, la physionomie s'altère profondément ; en un mot, en quelques heures, tous les phénomènes de la péritonite la plus intense se sont montrés et font des progrès si rapides, que la mort, qui en est la terminaison presque inévitable, a le plus souvent lieu en deux ou trois jours et quelquefois en moins de vingt-quatre heures. Dans quelques cas, où la perforation est très étroite et où la quantité de matière versée dans le péritoine est très petite ; dans certaines perforations, par exemple, de l'appendice vermiforme du cœcum, les symptômes sont beaucoup moins intenses à leur début ; la marche est bien moins rapide, elle reste circonscrite dans un point limité ; c'est une péritonite partielle dont le diagnostic laisse souvent de l'incertitude. La péritonite par étranglement forme une troisième variété fort intéressante à étudier, elle reconnaît pour cause un étranglement soit extérieur (hernie épiploïque ou intestinale), soit intérieur (invagination, bride ligamenteuse). Sa marche est généralement moins rapide que celle de la péritonite par perforation, elle n'offre, en général, dans le début, et quelquefois même pendant plusieurs jours, que des symptômes obscurs, sans doute parce que l'inflammation alors est bornée à un espace peu étendu, à l'anse intestinale étranglée, et qu'elle ne s'étend que consécutivement de la portion du péritoine qui la revêt au reste de cette membrane. A l'époque où tout le péritoine participe à l'inflammation, cette variété peut être confondue avec la péritonite ordinaire ; toutefois elle en diffère non seulement par la cause spéciale qui la produit, mais encore par la nature et la succession de ses phénomènes, par sa terminaison et le mode de traitement qui lui convient. Ici la constipation est le plus souvent le premier symptôme qui se montre ; les vomissements s'y joignent, puis la douleur et l'appareil fébrile ne se développent qu'avec cette dernière ou même plus tard.

» Dans tout le cours de la maladie, la suspension des évacuations alvines, les vomissements qui se répètent incessamment, la nature des substances vomies, d'abord bilieuses et d'odeur fade, puis fétides, stercorales, la présence d'une tumeur ou d'une résistance manifeste ou obscure,

soit à l'un des orifices du ventre, dans le cas de hernie, soit dans un point quelconque de l'abdomen dans les cas d'étranglement interne; une douleur ordinairement vive dans ce point, et la forme irrégulière du ventre dont les parois sont soulevées par les intestins distendus au-dessus de l'obstacle, donnent à cette espèce de péritonite une physionomie spéciale. Enfin cette forme de péritonite est beaucoup plus dangereuse que la péritonite ordinaire, et dans son traitement on doit avoir bien plus en vue de combattre la cause qui l'entretient que d'attaquer l'inflammation elle-même.

» La péritonite ne se montre pas toujours avec des phénomènes bien tranchés, il est une variété de cette affection à laquelle on a donné le nom de péritonite latente, parce qu'elle se cache trop souvent et se dérobe même complétement à l'œil du médecin; elle a été observée particulièrement dans quelques circonstances, par exemple, chez les sujets dont la faiblesse est extrême, ou dont les fonctions intellectuelles sont dérangées, chez ceux déjà atteints d'une maladie plus ou moins grave, qui d'une part absorbe l'attention du médecin, et de l'autre masque par des symptômes beaucoup plus intenses les phénomènes obscurs de la péritonite, l'altération subite que l'inflammation du péritoine imprime à la physionomie de ces malades, est souvent le seul signe qui avertisse le médecin qu'un changement important s'est opéré en eux. Un examen attentif de toutes les parties et de toutes les fonctions lui fera reconnaître une augmentation dans le volume, dans la tension du ventre et l'expression de douleur provoquée par la pression, confirmera le soupçon que les premiers signes auront fait naître.

» L'inflammation n'occupe pas toujours toute l'étendue du péritoine, elle est quelquefois bornée à une portion de cette membrane, c'est la péritonite partielle; elle peut envahir certaines portions du péritoine pariétal, celui des hypochondres, des flancs, de l'excavation pelvienne, celui qui tapisse le diaphragme, les psoas; elle peut naître au voisinage du rein, de la vessie, du rectum, de l'utérus ou d'un des ovaires; d'autres fois elle est limitée aux replis que forme la séreuse, aux ligaments larges, au mésorectum, au mésocolon, au mésentère, aux épiploons, et constitue la mésentérite et l'épiploïte dont nous avons parlé; d'autres fois encore, elle se développe autour de la rate, du foie; dans ce dernier cas, elle peut être accompagnée d'ictère, et ressembler à l'hépatite; presque toujours sous ces diverses formes elle est due à l'extension de l'inflammation des viscères ou du tissu cellulaire à la membrane séreuse. Ces dernières variétés de péritonite se montrent beaucoup moins à l'état aigu que sous la forme chronique, elles sont surtout communes chez les enfants affectés de diathèse tuberculeuse, et souvent chez eux on trouve, à l'autopsie, le foie ou la rate complétement enveloppés d'une espèce de coque épaisse de plusieurs lignes, et qui est constituée par des fausses membranes et des tubercules.

» La péritonite partielle se développe le plus souvent, ainsi qu'on vient de le voir, consécutivement à l'inflammation de quelques unes des parties que revêt le péritoine, ailleurs elle est produite directement par une contusion, par une plaie pénétrante du ventre, ou bien elle succède à une opération chirurgicale dans laquelle les parois, ou à plus forte raison les viscères de l'abdomen, ont été intéressés; d'autres fois elle naît sans cause apparente, elle débute souvent sans frisson, par une douleur dans un point limité, quelquefois dans toute une région du ventre, comme un des flancs ou l'hypogastre. Cette douleur qui augmente par la pression, est tantôt accompagnée de tuméfaction, de dureté dans le point malade, tantôt elle existe sans tumeur, sans aucune modification dans la forme du ventre; l'appareil fébrile est ordinairement peu intense. Dans quelques cas, elle est accompagnée de troubles dans les fonctions des organes les plus voisins, mais généralement l'inflammation partielle ne donne lieu ni aux vomissements, ni à l'altération des traits, qu'on observe presque constamment dans l'inflammation qui occupe tout le péritoine. » (Chomel, *loc. cit.*)

Cette inflammation peut devenir générale, et alors elle offre les mêmes modes de terminaison que la dernière. Mais le plus souvent elle reste circonscrite et se termine heureusement en quelques jours ou quelques semaines au plus. Elle peut

laisser après elle des adhérences qui causent pendant plus ou moins longtemps des douleurs aux malades et empêchent la liberté complète de leurs mouvements ; rarement il se forme un foyer purulent qui peut se faire jour à travers les parois abdominales ou même par le canal intestinal. Mais quelquefois avant de se porter en dehors, le pus cause de grands ravages, et il est indiqué de lui donner issue le plus tôt qu'on le peut avec l'instrument tranchant ou le trois-quarts.

Le diagnostic de la péritonite aiguë offre quelquefois beaucoup de difficulté, soit parce qu'elle existe sans être accompagnée des symptômes qui la décèlent ordinairement, soit parce que des symptômes semblables à ceux qui lui sont propres se montrent dans les cas où elle n'existe point. Nous avons traité un de ces points en décrivant la péritonite latente ; nous ne nous occuperons ici que de l'autre.

Il est plusieurs fois arrivé qu'on a regardé comme atteints de péritonite des sujets qui n'en avaient point, comme l'a prouvé l'ouverture des cadavres ; les affections qui peuvent simuler la péritonite sont, du reste, peu nombreuses, les principales sont le rhumatisme des muscles abdominaux, l'inflammation de quelques viscères, et en particulier de l'estomac, de l'urètre et de la vessie, et quelques maladies rapportées aux névroses.

« Le rhumatisme affecte assez rarement les parois de l'abdomen, et cette circonstance explique, jusqu'à un certain point, l'erreur dans laquelle tombent parfois les médecins, lorsqu'ils rencontrent ce genre d'affection ; la sensibilité très grande du ventre à la pression la plus légère, l'exaspération des douleurs par toute espèce d'effort, par le plus léger mouvement, ont plusieurs fois alors fait croire à l'existence d'une péritonite, d'autant plus que ce rhumatisme préabdominal se montre assez fréquemment chez les femmes en couches. L'absence de tout appareil fébrile, de tout vomissement, suffit d'ordinaire pour juger la question ; si toutefois le rhumatisme des parois abdominales était compliqué de quelque autre affection qui fût de nature à produire un mouvement fébrile et des vomissements, le diagnostic serait alors très difficile ; mais d'une part, cette complication est fort rare, et d'autre part, en étudiant les circonstances commémoratives et en suivant la marche de la maladie, on parvient souvent à reconnaître que ces symptômes ont paru à des époques différentes, ou bien on voit les uns disparaître tandis que les autres persistent, et l'on en conclut qu'ils sont indépendants et qu'ils doivent être rapportés à des affections distinctes. On remarque, par exemple, dans ce rhumatisme dont nous avons peut-être donné la première description (*Leçons sur le rhumatisme et la goutte*, p. 67), que la face est moins constamment grippée, que la douleur n'est pas continue, qu'elle s'exaspère plutôt par le mouvement que par la pression, qu'elle est plus superficielle et plus circonscrite, en outre la marche de ce rhumatisme peut aussi servir à le distinguer de la péritonite ; s'il cesse après quelques heures de durée ou s'il se prolonge pendant plusieurs semaines sans qu'il survienne de gonflement, ni tension, ni épanchement dans le ventre, on aura lieu de croire que le péritoine n'est pas le siége du mal. Dans ces cas difficiles, l'auscultation de l'abdomen pourrait être d'un grand secours, la perception du bruit de frottement péritonéal serait un indice certain du travail phlegmasique dans la séreuse abdominale. Mais par malheur, comme plusieurs conditions sont nécessaires à la production du bruit de frottement, son absence n'est pas une preuve certaine qu'il n'existe point de péritonite et qu'on n'ait affaire dans le cas présent qu'à une simple affection rhumatismale.

» L'inflammation aiguë de l'estomac, de l'utérus ou de la vessie donne souvent lieu aux vomissements, à la fièvre et à une douleur abdominale que la pression exaspère. Mais ici la douleur est bornée à la région qu'occupe le viscère enflammé ; le ventre ne présente pas cette tension, cette résistance, que nous avons signalées, et qui constituent un des caractères séméiotiques les plus importants de la péritonite générale. On observe, en outre, des signes particuliers à chacune des phlegmasies indiquées, et qui n'ont pas lieu dans la péritonite.

» Enfin, certaines affections dans lesquelles le système nerveux paraît être

spécialement affecté, peuvent simuler la péritonite. On voit dans quelques cas des douleurs aiguës développées rapidement dans le ventre, souvent sans cause appréciable, persister pendant dix ou douze heures avec des nausées, des vomissements, de la fréquence dans le pouls, et céder à l'emploi de l'opium. Les affections connues vulgairement sous le nom de coliques nerveuses, peuvent ressembler beaucoup à une péritonite commençante ; mais elles s'en distinguent généralement par plusieurs signes ; elles ne débutent pas par un frisson ; si une pression peu mesurée exaspère la douleur, une pression douce, une légère friction la soulage ; la douleur est moins égale que dans la péritonite ; elle devient par moment beaucoup plus aiguë, et dans ses exacerbations, elle altère la physionomie, arrache des cris au malade, l'oblige à changer presque continuellement d'attitude, et précipite le pouls qui cesse d'être fréquent dans la rémission ; enfin l'urine est presque toujours claire et abondante dans ces affections ; elle est constamment rare et épaisse dans la péritonite.

» Il ne suffit pas, pour le diagnostic de la maladie qui nous occupe, de déterminer s'il existe ou non une inflammation du péritoine, il faut encore, la phlegmasie étant reconnue, déterminer avant tout si la maladie est primitive, ou bien si elle se rattache à quelques unes des affections que nous avons signalées, et c'est le cas le plus ordinaire, car de ce point important dépendent le pronostic et le traitement. Si la péritonite survient après l'accouchement, il sera naturel de la rapporter à l'extension d'une phlegmasie de l'utérus, mais hors des conditions puerpérales, et quelquefois même dans les jours qui suivent les accouchements, la péritonite peut être consécutive à des affections variées, n'être elle même qu'un état tout à fait secondaire, non seulement sous le point de vue pathogénique, mais encore sous le rapport du traitement, et dès lors c'est véritablement dans la recherche et la détermination de l'affection première que réside en réalité tout le diagnostic ; si la péritonite est produite par un étranglement externe ou interne ; si elle est due à une perforation de l'intestin ou de la vésicule du fiel, c'est contre ces maladies que le traitement doit être spécialement dirigé et non contre la péritonite, qui n'occupe que le second rang et ne fournit que les indications secondaires : nous ne devons ici que signaler ce point important de l'histoire des affections aiguës de l'abdomen, puisque déjà, en décrivant chacune de ces formes de la péritonite, nous avons indiqué les signes qui les distinguent les unes des autres. » (Chomel, *loc. cit.*)

Le *pronostic* de la péritonite, généralement grave, est toutefois entièrement subordonné aux distinctions que nous avons établies. Lorsque cette affection est secondaire, c'est la maladie primitive qui seule détermine la gravité du pronostic ; quand la péritonite est elle-même primitive, le danger dépend de l'étendue de l'inflammation ; celle qui envahit toute la membrane est presque constamment mortelle. La péritonite puerpérale est toujours dominée par un état général qui détermine presque constamment la forme épidémique, et qui donne à chaque épidémie une gravité spéciale.

Caractères anatomiques. — On a distingué, sous le rapport anatomo-pathologique, la péritonite en sèche et humide ; mais on peut dire que si la péritonite sèche existe, elle est excessivement rare, au moins à l'autopsie cadavérique. Lorsqu'elle existe sous cette forme, on trouve le péritoine injecté, rouge, sec, dépoli à l'œil et au toucher ; mais en même temps on trouve, sinon dans tous les points de son étendue, au moins dans la plupart, une couche très mince de matière albumineuse, demi-concrète, qui fait adhérer les anses intestinales entre elles et au feuillet pariétal. Ces caractères s'observent quand l'inflammation a été très promptement mortelle. Mais lorsque la maladie a duré quelques jours, et même quarante-huit heures, on trouve toujours outre les lésions précédentes un liquide séro-purulent dont la quantité peut varier de 30 à 500 grammes et même au delà, et qui tient en suspension une quantité plus ou moins abondante de flocons blanchâtres, opaques, ou jaunes-verdâtres. Dans quelques cas rares, l'épanchement liquide est formé par du sang pur, qui a été exhalé, car on ne trouve pour l'expliquer aucune

lésion dans les vaisseaux. Le péritoine enflammé ne subit aucune grave altération de nutrition ; ainsi on ne le trouve jamais ni ulcéré ni gangrené ; quelquefois il semble un peu plus friable et paraît se détacher un peu plus facilement de la surface des intestins ; mais il n'est jamais épaissi. Lorsqu'on l'isole complétement des concrétions albumineuses, qui se sont formées à sa surface, on constate qu'il n'a point perdu sa transparence ; enfin, en en détachant des lambeaux sans entraîner le tissu cellulaire, on peut se convaincre que l'injection l'a très rarement pénétré, et que presque toujours la couleur rouge, qui semblait lui être propre lorsqu'on l'examinait en place, dépendait de la congestion sanguine du réseau capillaire subjacent. Lorsqu'au lieu d'avoir une issue funeste, la péritonite se termine par la guérison, les concrétions albumineuses subissent la même série de transformations que dans l'inflammation de la plèvre.

Causes. — La péritonite aiguë, tantôt est le produit des causes internes qui nous échappent en grande partie, et tantôt se développent sous l'influence de conditions morbifiques plus ou moins évidentes ; ainsi, on la voit fréquemment survenir lorsqu'une inflammation primitivement développée dans l'utérus ou dans ses annexes gagne le péritoine, spécialement après l'accouchement, et quelquefois hors de l'état puerpéral, après une suppression brusque des menstrues ; d'autres fois elle succède à la perforation d'un des viscères abdominaux, à un étranglement intestinal, à des contusions, des chutes sur le ventre, à des manœuvres coupables tentées pour provoquer l'avortement, aux plaies pénétrantes de l'abdomen, ou à des opérations chirurgicales, telles que le débridement d'une hernie, la taille, la lithotritie, la paracentèse, etc.

On peut presque toujours rapporter à l'une de ces causes l'inflammation du péritoine. En effet, la péritonite spontanée et primitive est une maladie rare. Depuis que M. Chomel a émis cette proposition, les nombreuses autopsies qu'on a pratiquées n'ont fait que la confirmer.

Ce fait constitue une exception remarquable parmi les inflammations des membranes séreuses ; la plèvre, le péricarde, les méninges, sont assez fréquemment la suite de phlegmasies primitives.

On croit avoir observé que la péritonite est plus fréquente dans l'âge adulte qu'aux autres époques de la vie ; les nouveaux-nés et le fœtus lui-même n'en sont pas exempts, ainsi que nous l'avons indiqué. (*Traité des mal. des enfants*, t. VI, p. 23.)

La péritonite se montre plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Quant au tempérament, il n'est pas prouvé qu'elle se développe plus souvent chez les sujets pléthoriques et sanguins que dans les conditions opposées ; on a vu, chez certains individus, l'inflammation du péritoine coïncider avec d'autres phlegmasies des séreuses, comme s'il y avait une véritable diathèse inflammatoire ; ainsi, Gasc (*Dict. des sc. méd.*) dit avoir constaté chez un même malade la présence de fausses membranes et de pus dans l'arachnoïde, les plèvres, le péricarde et le péritoine.

La péritonite peut se manifester, dans quelques circonstances, à la fin ou pendant le cours d'une autre affection plus ou moins grave. Christison l'a notée comme phénomène ultime de la maladie de Bright. Broussais l'a constatée à la suite des fièvres intermittentes de Belgique ; et plusieurs observations consignées dans la science (Andral, *Cliniq.*, t. IV, obs. V) ont montré qu'elle pouvait succéder au rhumatisme aigu. Mais, dans ces cas rares et exceptionnels, on a le droit de se demander si l'affection première a réellement eu part au développement de la seconde. Il n'en est pas de même lorsque la perforation d'un viscère, la rupture d'un kyste, versent dans le péritoine une matière étrangère, cause certaine d'inflammation.

Le plus ordinairement sporadique, la péritonite s'est montrée souvent aussi épidémiquement, en particulier dans les hôpitaux, et parmi les femmes en couches. Si l'on en croit Poujol, elle aurait paru sous la forme épidémique, même parmi les hommes dans les armées ; mais ces péritonites étaient-elles primitives ? Ne succédaient-elles pas à ces dyssenteries intenses dans lesquelles toute l'épaisseur des parois intestinales est compromise ?

L'inflammation ne s'est-elle pas transmise secondairement au péritoine ? A-t-on cherché lors des autopsies, avec tout le

soin et le temps nécessaires, ces perforations étroites qui échappent presque inévitablement à ceux qui ne les soupçonnent pas, et qui, dans beaucoup de cas, ne sont constatées par ceux mêmes qui les cherchent qu'après un long et minutieux examen? Nous appelons de nouveaux faits pour la solution de ces questions.

Quant aux causes occasionnelles de la péritonite, elles lui sont communes avec la plupart des autres phlegmasies. Telles sont l'impression du froid, dont l'action est surtout à craindre chez les enfants nouveau-nés (Dugès), et chez les femmes récemment accouchées, les émotions vives, les écarts de régime, les indigestions, les excès de boissons alcooliques; mais ces diverses causes sont évidemment insuffisantes pour produire cette phlegmasie ou toute autre, lorsqu'elles ne sont pas jointes à une disposition spéciale de l'économie, qui en est fort souvent la cause unique, et presque toujours la cause des péritonites primitives. (Chomel.)

Traitement. — « Si dans l'examen attentif de toutes les circonstances de la maladie, de la manière dont elle a commencé, de la succession des phénomènes qu'elle a présentés depuis son début, des symptômes qu'elle offre actuellement; si, dans les recherches relatives à la santé antérieure du sujet, on ne découvre rien qui puisse faire soupçonner que la péritonite est secondaire, on devra provisoirement la regarder comme primitive, et la combattre selon qu'elle sera locale ou générale, légère ou grave, par les moyens antiphlogistiques, employés avec une énergie proportionnée à l'étendue et à l'intensité de l'inflammation.

» Si la péritonite générale est intense, il convient de l'attaquer dès son début par les moyens thérapeutiques les plus puissants; en conséquence, on doit immédiatement prescrire une large saignée du bras, de 5 à 600 grammes par exemple, la répéter au besoin une et même deux fois dans les premières vingt-quatre heures; appliquer sur le ventre et spécialement sur la région dans laquelle la douleur a commencé à se faire sentir, des sangsues en grand nombre, cinquante et même cent, par exemple, si la force de la maladie le demande, et si la force des sujets le permet. Après qu'elles sont détachées, on couvre le ventre d'un cataplasme de farine de lin ou de fomentations émollientes, si la douleur n'y met pas obstacle; dans le cas contraire, toute application locale est formellement contre-indiquée; on doit même maintenir soulevées, à l'aide d'un cerceau, les couvertures du lit, si leur contact sur le ventre est douloureux, comme cela arrive quelquefois. On recommande au malade de rester immobile sur le dos, dans une position horizontale, de tenir les genoux fléchis sur les cuisses pour relâcher les parois du ventre, de ne point changer de position, soit pour boire, soit pour excréter l'urine ou les matières fécales; les bains entiers et les demi-bains sont parfaitement indiqués dans la péritonite, mais quelque favorable que puisse être l'immersion des parties douloureuses dans l'eau simple ou dans un liquide émollient, de grands inconvénients obligent souvent de renoncer à ce moyen, surtout dans les cas les plus graves; en effet, un malade, pour qui le moindre mouvement est douloureux, ne peut pas être enlevé de son lit, placé dans une baignoire, y rester dans une attitude presque assise, être retiré, essuyé, enveloppé de nouveaux vêtements, sans de graves inconvénients; voilà bien des circonstances contraires pour une seule qui est avantageuse; aussi pensons-nous qu'on ne doit employer le bain qu'avec beaucoup de circonspection, et avec la détermination d'y renoncer si les premiers essais exaspèrent les douleurs ou fatiguent les malades; si, au contraire, le bain soulage la douleur, et si les déplacements et les soins qu'ils exigent ne fatiguent point le malade, on doit le répéter tous les jours une ou plusieurs fois, et le prolonger. On a inventé, dans ces derniers temps, une espèce de baignoire qui offre, dans le traitement de la péritonite et de toutes les phlegmasies abdominales, de grands avantages sur la baignoire ordinaire; elle est munie d'un double fond qu'on élève, qu'on abaisse à volonté au moyen d'une espèce de cric. La baignoire étant roulée près du malade, on élève le double-fond à la hauteur du lit; le malade se glisse ou est poussé du lit sur le double-fond élevé au-dessus de l'eau; ce double-fond, muni d'un chevet métallique qui soutient la

tête, est alors abaissée doucement, au moyen de l'appareil indiqué, jusqu'à ce que le corps plonge horizontalement dans l'eau. Pour l'en retirer, on élève le double-fond au-dessus de l'eau, on essuie le malade, et on le coule dans son lit sans efforts et sans secousse, comme on l'avait placé dans le bain. La position assise, que les malades sont obligés de prendre dans les baignoires ordinaires, est doublement nuisible dans les phlegmasies abdominales, par la douleur qu'elle provoque et par l'influence nuisible qu'elle exerce sur la circulation sanguine dans les parties phlogosées; la position parfaitement horizontale qu'on peut donner aux malades dans la baignoire à double fond, la facilité avec laquelle ils peuvent, dans cette position, supporter plus longtemps l'immersion dans l'eau, donnent encore à la baignoire à double fond une très grande supériorité sur les autres, et nous ne saurions trop en recommander l'usage.

» Quant aux boissons, deux indications différentes doivent diriger le médecin dans leur choix : celle de modérer la soif et la chaleur, comme dans les autres phlegmasies, et celle de combattre ou de prévenir les vomissements qui accompagnent ordinairement la péritonite ; le petit-lait, les émulsions légères, la solution de sirop de groseilles ou de cerises, l'orangeade, la limonade, les boissons gazeuses, atteignent ordinairement ce double but; on les prescrit fraîches ou même glacées, à moins que les malades ne demandent par goût à les boire tièdes; s'ils préfèrent l'eau pure, il n'y a aucun inconvénient à les satisfaire, et il y en aurait souvent à leur faire prendre une boisson pour laquelle ils auraient de la répugnance. On recommande généralement aux malades de boire peu à la fois et souvent. Les boissons abondantes favorisent les vomissements, et tout ce qui pourrait provoquer ces symptômes doit être soigneusement éloigné.

» Il est généralement utile, dans le traitement de la péritonite, de tenir le ventre libre : des lavements doivent être donnés avec le clyso-pompe, sans déplacer et sans découvrir les malades, mais ils n'agissent d'ailleurs que sur le gros intestin; aussi doit-on, en outre, administrer par la bouche les médicaments propres à opérer une révulsion douce sur la totalité du conduit intestinal; dans ce but, on édulcore quelques unes des boissons avec le miel, on ajoute au petit-lait un peu de décoction de pruneaux ou de pulpe de tamarin, ou dix à vingt grammes d'un sel neutre, de sulfate de soude ou de magnésie, par exemple; si ces moyens sont insuffisants, on donne une ou deux cuillerées à café (4 ou 8 grammes) d'huile de ricin récente et préparée à froid, dans quelques cuillerées à bouche de bouillon de bœuf dégraissé et bien chaud, et cette dose suffit communément pour provoquer plusieurs évacuations; on y revient, si l'effet est insuffisant ou s'il n'est que passager; on y renoncerait si elle déterminait le vomissement; en général, on cherche à provoquer deux ou trois selles liquides par jour; les laxatifs ne doivent être mis en usage qu'après une ou plusieurs évacuations sanguines ; ils peuvent être continués lorsque la faiblesse ne permet plus de recourir à ces dernières.

» Si, malgré l'emploi méthodique de ces divers moyens, l'inflammation du péritoine persiste sans amendement, et continue même à s'aggraver pendant plusieurs jours, la position du malade est extrêmement fâcheuse, bien qu'elle ne soit pas pour cela désespérée. Lorsque la diminution des forces s'oppose à ce qu'on revienne aux émissions sanguines, on insiste sur les bains, les fomentations émollientes, les laxatifs doux, les diurétiques; si la peau reste sèche, on donne des boissons légèrement diaphorétiques, on met des cataplasmes, non seulement sur le ventre, mais sur les cuisses et les jambes, sur la poitrine elle-même, pour humecter la peau et favoriser la transpiration. Les frictions mercurielles, spécialement préconisées par le professeur Velpeau, doivent aussi être mises en usage, non seulement à cette époque avancée de la maladie, mais dès le principe, quand elle se présente avec des symptômes formidables; l'efficacité de ce moyen ne nous paraît pas bien rigoureusement démontrée; mais dans une maladie aussi grave, c'est un devoir pour le médecin de ne rien négliger de ce qui peut être utile, lors même qu'il conserve des doutes sur l'utilité des moyens qu'il emploie, et quand, d'ailleurs, il n'a aucun motif d'en craindre de mau-

vais effets. Or, tel est le cas des préparations mercurielles dans les phlegmasies en général, et particulièrement dans celles du péritoine. Le seul inconvénient attaché à leur usage est la salivation ; mais, loin de la craindre dans la péritonite, quelques auteurs la regardent, au contraire, comme une circonstance heureuse ; car on voit, disent-ils, guérir presque tous les malades chez lesquels elle a lieu. C'est là une opinion qui a encore besoin de démonstration.

» Voici de quelle manière et avec quelles précautions on emploie les frictions mercurielles dans le traitement de la péritonite aiguë : on étend doucement sur le ventre, au moins deux ou trois fois le jour, une couche d'onguent mercuriel de 10 à 20 grammes ; quand la couche d'onguent déjà employé devient trop épaisse, on doit, avant d'en étendre une nouvelle, l'enlever avec de l'eau de savon ou avec de l'huile, ou même en donnant un bain ; on aura soin que le malade soit soustrait à l'influence du froid, et que la température de sa chambre ne descende pas au-dessous de 15° à 18° centigr.

» On doit, pendant l'emploi des frictions mercurielles, surveiller continuellement l'état de la membrane muqueuse buccale, et, dès qu'on observe un commencement de tuméfaction ou de ptyalisme, suspendre immédiatement les frictions et nettoyer complétement les parois abdominales de l'onguent mercuriel qui y serait encore.

» Si, nonobstant l'emploi de ces divers moyens, l'inflammation du péritoine fait des progrès, et surtout si un liquide séro-purulent s'épanche en certaine quantité dans la cavité abdominale, on doit couvrir le ventre d'un large vésicatoire qu'on entretiendra au besoin, comme on le fait dans le traitement de la pleurésie, où l'application de ce moyen est d'un usage général quand un épanchement s'est formé. » (Chomel, *loc. cit.*)

Quelquefois, malgré le traitement le mieux dirigé, l'épanchement persiste après la disparition de l'inflammation et constitue une véritable ascite. Cet état rentre alors dans l'histoire de cette dernière affection.

ARTICLE II.

Ascite.

Les anciens avaient donné ce nom aux diverses hydropisies de l'abdomen, probablement à cause de la ressemblance de cette partie du corps distendue avec une outre remplie d'eau. Il est réservé aujourd'hui à l'hydropisie du péritoine seulement, c'est-à-dire à l'accumulation de la sérosité dans la cavité de cette membrane, maladie que quelques modernes ont proposé d'appeler *hydro-abdomen*, *hydrogastre* (Baumes), etc., etc.

« Cette hydropisie, la plus fréquente de toutes, constitue une maladie très commune et qu'on observe à tous les âges, depuis l'enfant qui l'apporte en naissant jusqu'au vieillard. Aussi les causes qui la produisent sont-elles très nombreuses : favorisées par des circonstances particulières qui n'existent que dans l'abdomen, elles manquent rarement leur action. Nul doute que la vaste étendue de la membrane séreuse qui tapisse cette cavité et que l'absence de valvules dans le système de la veine porte ne donnent plus de prise et un champ plus accessible aux agents, quels qu'ils soient, qui peuvent gêner la circulation dans l'abdomen, et par suite les sécrétions qui s'y opèrent ; nul doute encore que les mêmes causes ne soient merveilleusement aidées par ces alternatives de plénitude et de vacuité, de dilatation et de resserrement, d'action et de repos que les phénomènes de la digestion nécessitent dans les viscères et vaisseaux qui remplissent cette cavité. Que des vêtements trop étroits, qu'une injection d'aliments trop considérable ou l'état de gestation viennent donner à ces variations de volume, de forme, de distension quelques degrés de plus, et l'on comprendra facilement comment l'exhalation et la résorption peuvent varier à la surface d'une membrane aussi étendue, aussi délicate. Mais ce ne sont pas là de véritables causes morbides. Indiquons celles qui méritent réellement ce nom et ont dans la production de l'ascite une part qu'on ne peut méconnaître, celles auxquelles il faut que le praticien tâche de porter remède lorsque les malades n'ont pas su s'en garantir.

» Ces causes peuvent être rapportées à plusieurs chefs : de là autant d'espèces différentes d'ascite.

» 1° Les unes sont de nature irritante ; sous leur influence, la sécrétion du péri-

toine est activée, et de là l'espèce qui porte à juste titre le nom d'*ascite sthénique*. C'est celle que l'on voit survenir chez les jeunes gens ou les adultes d'une forte constitution, pléthoriques, tantôt après de violents accès de colère, tantôt après l'ingestion de boissons froides ou après l'impression vive du froid à la surface du corps pendant la transpiration, causes qui toutes agissent en supprimant ou diminuant l'action de la peau. L'ascite qui survient chez les personnes fortes, sanguines, après la suppression d'un exanthème (scarlatine, miliaire), d'une hémorrhagie, d'un exutoire, est de même nature. On dirait dans tous ces cas qu'il ne se forme un épanchement péritonéal que parce qu'il est survenu une pléthore accidentelle à la suite de l'évacuation qui se faisait auparavant, et que l'épanchement n'a d'autre but que de rétablir les qualités et les proportions du sang dans leur état antérieur. » (Dalmas, *Dict. en* 30 *vol.*, t. IV, p. 196.)

On doit placer à côté des précédentes les ascites que l'on observe à la suite d'une excitation directe portée sur les organes par une fièvre intermittente. Ces ascites, que l'on considère généralement toutes comme asthéniques, ont été appelées, selon les circonstances, *ascites supplémentaires*, *idiopathiques*, etc. On trouve sur cette espèce d'ascite d'amples détails dans Morgagni, dans Bacher (*Recherches sur les maladies chroniques et particulièrement sur les hydropisies*, Paris, 1776), dans Stoll (*Médecine pratique*), dans les *Thèses* de Marandel et de Breschet, dans les ouvrages de Broussais, de Pierre Frank et de Léveillé (*Nouvelle doctrine chirurg.*, t. III, p. 400.)

« 2° D'autres causes d'une nature opposée donnent lieu quelquefois à une espèce d'ascite qu'on a appelée par opposition *asthénique ;* c'est celle qui se montre chez les personnes affaiblies par de longues maladies scorbutiques ou cancéreuses, par des hémorrhagies répétées ou par de trop fortes évacuations sanguines ; chez celles qui ont été longtemps en proie à de profonds chagrins, à la misère et aux privations que celle-ci entraîne ; chez les personnes enfin qui mènent une vie sédentaire dans les lieux bas, humides, privés d'air et de soleil. Cette espèce d'ascite est plus rare que la précédente : mais il en existe bon nombre d'exemples incontestables. On a dit que chez ces personnes le sang était réellement appauvri, et les expériences de Schultz, de Hales et de M. Magendie, concernant l'injection de l'eau dans les veines, prouvent jusqu'à un certain point la justesse de cette expression par les hydropisies partielles qu'elles produisent.

» 3° D'autres fois, l'ascite a lieu d'une manière pour ainsi dire mécanique. C'est quand le sang veineux abdominal, et par suite la sérosité, éprouve trop de difficulté à circuler dans les vaisseaux qui doivent le porter dans le reste de l'arbre circulatoire, soit que l'obstacle n'existe que dans les vaisseaux abdominaux eux-mêmes.

» Depuis longtemps, les pathologistes avaient entrevu cette cause fréquente de l'ascite, et les obstructions des viscères, supposition banale, n'étaient que trop souvent mises en avant pour expliquer la formation de l'épanchement. Burgh, combattant les idées de Mascagni, qui faisait jouer le principal rôle aux vaisseaux lymphatiques nouvellement découverts, avait cherché à montrer la part que prennent les veines dans la production des hydropisies. Lower avait été plus loin, car, en liant la veine cave supérieure, il déterminait l'ascite et l'anasarque. Enfin Morgagni, cherchant à concilier les deux opinions, avait été plus avant encore : quelques passages du livre si remarquable : *De sedibus et causis morborum*, nous en fournissent la preuve. Les voici. « Et certa » quæcumque pars, imò quæcumque causa » diutiùs potest sanguinis aut lymphæ » cursum morari, aut humoris quo caveæ » corporis madent præter modum, aut se- » cretionem augere, aut exitum deinde » immuniere, morbo huic potest originem » præbere. » (*Epist.* XXXVIII, p. 364, édition de Chaussier.) Et plus loin : « Fortè » accidit ut cùm aliquandò animi et stu- » diorum causâ adolescens rusticarer, in » ovium gregem inciderem ex quo lanio- » nes, alias justo, alias vili pretio merca- » bantur ; sciscitanti mihi discriminis » causam : illæ enim, dixerunt, sanæ sunt. » Hæ vero durum habent jecur, et in ventre » aquam. » (P. 590, même lettre.) Plus loin encore, après avoir parlé de plusieurs altérations du foie avec ascite, il ajoute : « Non possunt autem minimæ jecinoris

» partes adeo amplificari quin aut inter-
» jectas alias aut vasculo saltem sangui-
» fera comprimendo hepatis muneri et san-
» guinis per ventrem motui plurimum
» afficiant. » (P. 599.)

» Là s'était arrêté Morgagni ; restait à découvrir comment ces maladies du foie, cet endurcissement, ce changement de structure enfin, opéraient mécaniquement la gêne de la circulation abdominale. C'est ce que M. Bouillaud est parvenu à déterminer de la manière la plus heureuse, il y a déjà quelques années, en faisant voir que, dans le plus grand nombre de ces cas d'ascite avec maladie du foie, le calibre de la veine porte est rétréci à divers degrés ou même oblitéré ; d'où résulte un obstacle incontestable au retour du sang et de la sérosité, et accumulation de cette dernière dans la cavité du péritoine : que l'obstacle existe dans le foie lui-même, dans le tronc de la veine porte ou dans l'une quelconque des principales branches qui concourent à sa formation, les mêmes causes amèneront toujours les mêmes effets.

» Quant à la veine cave inférieure, moins sujette que la veine porte à des altérations du même genre, elle donne lieu moins souvent à l'hydropisie mécanique. Le point de départ des branches qu'elle reçoit explique d'ailleurs pourquoi, quand dans ces cas l'ascite a lieu, elle est presque toujours précédée d'une infiltration œdémateuse du membre abdominal.

» Mais on ne trouve pas toujours la veine porte ou la veine cave inférieure malade. Le foie est quelquefois affecté seul : c'est tantôt un cancer, tantôt des tubercules, avec ou sans ictère, qui ont envahi son tissu ; d'autres fois, on n'y trouve que des traces d'inflammation chronique. Au reste, car il faut tout dire, on peut rencontrer aussi chacune de ces altérations sans ascite.

» 4° Une autre espèce d'ascite beaucoup plus rare est celle qui se trouve liée à une altération spéciale du rein, altération qui accompagne l'état albumineux des urines. C'est au docteur Bright, médecin de l'hôpital de Guy, à Londres, que l'on doit les premières recherches positives sur cette maladie. Il en a exposé les résultats dans un rapport publié en 1827, et depuis lui MM. Christison et Gregory d'Edimbourg (*Arch. gén. de méd.*, octobre 1832).

» Dance (*Arch.*, juin 1832) et M. Rayer ont eu plusieurs fois occasion de vérifier l'exactitude et l'importance des idées émises par le praticien anglais. La nature de cette altération du rein étant encore peu connue, il nous paraît utile de décrire ici ses principaux caractères. Le rein, dont le volume n'est pas d'abord sensiblement altéré, est bosselé, inégal ; sous ce rapport, il semble avoir repris, par l'effet d'une nutrition irrégulière, quelque chose de l'aspect qu'il présente dans l'enfance. Sa couleur est d'un jaune clair, comparable à celle de la graisse ; si l'on fait une section le long du bord concave, on remarque que cette couleur jaune s'étend à toute la substance corticale et aux prolongements qu'elle envoie entre les cônes. Ce tissu n'a rien de graisseux ; sa consistance est à peu près celle d'un rein dans l'état ordinaire. Après ce premier état, la substance du rein, toujours jaune, prend l'aspect granulé à l'intérieur, et plus tard, dans un troisième et dernier degré, ce viscère devient dur, rugueux ; sa forme devient tout à fait irrégulière, et sa surface diversement colorée.

» Comment une pareille dégénération entraîne-t-elle l'état albumineux de l'urine, l'ascite et l'anasarque ? C'est ce qu'il nous est impossible de dire ; mais, malgré leur obscurité, il n'est pas moins nécessaire de signaler ces faits.

» Faut-il, après ces quatre espèces d'ascite, sthénique, asthénique, mécanique, et avec altération du rein, admettre, comme quelques auteurs, une ascite essentielle, c'est-à-dire une espèce d'ascite étrangère aux précédentes, et que les uns expliquent par un état particulier du sang, les autres par une diathèse spéciale, etc. S'il ne s'agissait, pour être fonde à admettre cette cinquième variété, que de s'appuyer sur des autorités recommandables, il n'y aurait pas à hésiter. Cependant il faut convenir que ces autorités n'apportent pas toujours à l'appui des faits qu'elles citent toutes les garanties désirables. Ainsi tantôt il n'est pas dit que la veine porte ait été suffisamment examinée, tantôt c'est le rein qui n'est pas décrit, etc., etc. Dans

notre opinion, il est impossible de rejeter aujourd'hui comme aussi d'admettre sans restriction ce qui a été écrit sur ce sujet; attendons de nouveaux faits. » (*Loc. cit.*)

Symptômes. — Résultat de causes si diverses, l'ascite doit, comme on le pense bien, offrir pendant la durée de son cours une multitude de symptômes différents, dépendant soit de l'état général coexistant, soit de la maladie du bas-ventre, du foie ou du cœur, à laquelle elle est liée. Nous en faisons abstraction dans la description qui va suivre, puisque ces divers états formeront l'objet d'articles particuliers: nous nous bornerons à la marche de l'ascite elle-même et aux différentes terminaisons dont elle est susceptible.

Si l'ascite a une marche chronique, ainsi qu'il arrive le plus souvent, il peut se passer beaucoup de temps avant que le malade ou le médecin ait soupçon de ce qui se passe. Les premiers indices sont souvent fournis par un sentiment de gêne qu'éprouve le malade : il est trop serré dans ses vêtements ; la quantité de l'urine diminue ; s'il y a maladie du cœur ou atonie générale, il existe le soir aux malléoles, le matin aux paupières, un œdème, une bouffissure, qui disparaissent et reviennent à plusieurs reprises. A mesure que la quantité du liquide épanché s'accroît, la faiblesse augmente. Le malade, qu'il ait de la fièvre ou non, devient apathique, nonchalant; toute action lui est pénible, et il reste volontiers dans son lit, se palpant sans cesse le ventre, tant il a peur d'être hydropique, effrayé qu'il est par l'état de ses pieds. Cependant le liquide remplit peu à peu le petit bassin et les flancs; il gagne jusqu'à l'ombilic, repoussant en haut les intestins plus légers; de là, gêne dans les fonctions digestives, borborygmes, rapports, nausées ou vomissements, soif et amaigrissement rapide. Plus tard, la respiration devient difficile, courte, la sérosité refoulant en haut les intestins grêles, l'estomac, le foie, etc., etc., empêche l'abaissement du diaphragme. Le pouls devient petit, fréquent, précipité; la peau est sèche, aride, comme terreuse. Il y a de l'anxiété, et le malade craint de suffoquer. Des douleurs se font sentir dans l'abdomen; elles sont dues à la compression de quelques uns des viscères qu'il contient. Avec le temps, cette cavité devient énorme, et le volume qu'elle acquiert contraste avec l'amaigrissement, l'atrophie des autres parties, à moins qu'il n'y ait anasarque. Dans cet état d'extrême distension, il se forme quelquefois au niveau de la cicatrice ombilicale une petite tumeur qui surmonte le reste du ventre, et qui résulte du déplacement, du renversement en dehors de la portion de peau qui concourt à cette cicatrice. A cette époque, la paroi abdominale est parcourue par des veines dilatées et considérablement développées. Enfin, les parois abdominales peuvent s'infiltrer et se couvrir de taches. Le pouls se resserre; il survient des lipothymies, de l'assoupissement, et la mort, soit par asphyxie, soit par congestion cérébrale, vient ordinairement terminer la scène, car, dans le plus grand nombre de cas, il est rare que la guérison ait lieu. Cependant, quand la maladie doit se terminer heureusement, voici ce qui peut arriver.

Après avoir acquis un développement plus ou moins considérable, le volume du ventre cesse de faire des progrès; peu à peu le cours des urines se rétablit; il devient de jour en jour plus considérable, surpasse celui des boissons; en même temps le ventre s'affaisse jusqu'à ce que toute trace d'ascite ait disparu.

D'autres fois, ce sont des urines abondantes, des vomissements, une diarrhée séreuse ou des sueurs abondantes (*Journ. hebd.*, n° 6) qui marquent ou décident la disparition du liquide épanché. Plus rarement, l'ascite disparaît tout à coup pour faire place à une autre hydropisie (métastase): ce cas peut être fâcheux. C'est ainsi que M. Andral a vu une fois l'ascite être remplacée par une hydropisie ventriculaire promptement mortelle.

Quand la nature n'opère pas, comme il vient d'être dit, la résorption du liquide, il peut se faire que l'évacuation de ce dernier ait lieu par rupture : c'est ce qui arrive quelquefois à un point de la petite tumeur formée aux dépens de la cicatrice ombilicale, et tout le liquide s'écoule. D'autres fois, c'est une communication qui s'établit avec un point du gros intestin ou de l'intestin grêle. Dalmas dit avoir vu un exemple du premier cas sur un enfant qui,

parfaitement guéri de l'ascite, ne succomba que quatre ans après à une affection scrofuleuse.

Quelquefois la ponction a été, comme les ruptures spontanées, couronnée de succès, mais le plus souvent ce n'est pas ce qui arrive, et le ventre se remplit de nouveau, quelquefois avec une rapidité plus grande, et l'on a de nouveau sous les yeux les symptômes déjà décrits, jusqu'au terme fatal. Au reste, quand l'ascite doit se terminer par la mort, ce n'est pas toujours par une marche lente, semblable à celle que nous avons indiquée. C'est quelquefois par le fait d'une rupture, comme celle dont nous venons de parler, ou par l'inflammation aiguë ou active d'un viscère abdominal ou thoracique; dans quelques cas, qu'il y ait eu ponction ou non, on voit les symptômes de l'ascite faire tout d'un coup place à ceux d'une péritonite aiguë, sous l'influence de laquelle, chose assez remarquable, la quantité de liquide épanché diminue notablement, et peut même disparaître. (Broussais, *Phlegm. chron.*)

Lorsque la mort a eu lieu, si l'on se livre à l'examen de l'abdomen, et abstraction faite de diverses dégénérations des viscères de cette cavité, voici dans quel état l'on trouve le péritoine et le liquide amassé. Des traces plus ou moins évidentes de péritonite chronique sont ce qu'il y a de plus commun; car nous considérons comme telles l'apparence blanchâtre, et toute la face interne de la paroi abdominale. (Dalmas, *loc. cit.*)

A cette teinte blanchâtre, qui a été comparée dernièrement aux effets d'une longue macération, il se joint très souvent des plaques irrégulières d'un blanc plus ou moins mat, et ailleurs, au contraire, des taches comme mélaniques; souvent nous avons vu le péritoine semé de petites productions pédiculées membraneuses, minces et fort courtes, dont la nature ne nous paraît pas parfaitement déterminée; enfin, en y regardant bien, dans le petit bassin surtout, de nombreuses adhérences celluleuses existent en des points où le péritoine a été naguère affecté; elles gênent plus ou moins la dilatation ou le déplacement du rectum, des trompes, de la matrice, etc.

Dans un cas observé à la Charité, et dont il a été rendu compte dans le n° 35 du *Journal hebdomadaire*, le foie, la rate, l'estomac, étaient maintenus rapprochés en avant et au milieu de l'abdomen. Excepté les cas de ce genre, où ces adhérences peuvent, en déplaçant les viscères, produire des troubles particuliers, elles n'ont guère d'importance qu'en ce qu'elles trahissent, par leur existence actuelle, celle d'une ancienne péritonite plus ou moins vive, qui a été l'occasion de l'épanchement.

Les muscles de la paroi abdominale, longtemps distendus, sont souvent pâles, amincis, atrophiés, etc.

Sous le rapport de la quantité, le liquide épanché présente les plus grandes variétés. Cette quantité peut aller jusqu'à 50 pintes (*Acad. des sciences*, *pour l'année* 1700), et d'autres fois on n'en trouve que quelques livres. Sa couleur est celle de la sérosité ordinaire, chez la plupart des ascitiques affectés de maladie du cœur. Incolore, liquide, transparent, inodore, sa source ne peut guère être méconnue. Il vient évidemment de la sérosité qui circule avec le sang (Bichat, *Système séreux.*) Chez les autres ascitiques, il est troublé, lactescent, plus ou moins mêlé de flocons albumineux, principalement chez ceux où l'irritation a joué un grand rôle. Quelquefois il est brun, rouge ou vert, suivant mille circonstances qu'on ne peut apprécier. Sa consistance peut être gélatineuse, sirupeuse, sa fétidité extrême, etc.

Les vaisseaux lymphatiques sont, dans quelques cas, notablement dilatés, comme Morgagni en a fait souvent la remarque.

Diagnostic. — Dans le cas d'épanchement considérable, si l'une des mains est appuyée contre le flanc du malade, et que l'on percute avec l'autre main un point du flanc opposé, on éprouve la sensation d'une fluctuation marquée. Le choc est transmis d'un côté à l'autre par la masse du liquide ébranlée, et la main qui est appuyée ressent la sensation d'un flot.

« Mais ce signe, dit M. Dalmas, qui indique d'une manière si claire la présence d'un liquide quand l'épanchement est considérable, n'a aucune espèce de valeur quand la sérosité n'existe encore qu'en petite quantité, et tant qu'en vertu de son poids elle s'amasse dans les points les plus déclives, sans distendre la paroi abdominale. Alors, pour percevoir la fluctuation, ce n'est plus

d'un côté à l'autre qu'il faut chercher à la produire, mais dans le petit espace serré où l'on suppose qu'est rassemblé le liquide. Pour cela on percutera avec l'indicateur d'une main, à 2 ou 3 pouces de celle qu'on tient appliquée; on peut même n'employer qu'une main en percutant légèrement avec l'indicateur sur le point de la paroi abdominale, compris entre le médium et le pouce. Il est vrai que ces procédés exigent beaucoup d'habitude; nous sommes parvenu, en nous en servant, à reconnaître des ascites encore peu considérables qui auraient échappé à l'autre méthode, et nous avons vu notre ami, M. le docteur Tarral, à qui l'on doit ces perfectionnements du diagnostic de l'ascite, en reconnaître de moins considérables encore : il faut donc se garder de négliger les moyens d'exploration à l'aide de cette percussion périphérique, comme l'appelle M. Tarral (*Journal hebdomadaire*, n° 82); car on peut reconnaître, non seulement la présence du liquide dans l'abdomen, mais aussi son niveau, et apprécier sa quantité et les progrès qu'il fait chaque jour. » (*Loc. cit.*)

D'un autre côté, la percussion fait de même connaître, par l'altération du son que rend la cavité abdominale, et l'existence d'un épanchement et la hauteur du liquide.

M. Piorry, qui s'est occupé avec beaucoup de soin et de succès de la percussion médiate, a consigné dans son ouvrage plusieurs préceptes excellents sur l'art d'obtenir, à l'aide du plessimètre, tous les renseignements désirables sur la quantité, la nature et la position du liquide épanché, toutes notions fondées sur les variations du son normal de l'abdomen, qui, suivant cet auteur, tient le milieu entre le son que donne le foie percuté, et celui de l'intestin grêle.

L'élargissement des flancs, la forme ovalaire de l'abdomen, le rétrécissement de la respiration, la pâleur de la face, la bouffissure, l'œdème, sont des signes d'une bien moindre importance. Est-il nécessaire de dire qu'on ne saurait d'ailleurs en réunir un trop grand nombre, et que la percussion médiate et la percussion périphérique doivent être essayées concurremment, et s'éclairer l'une l'autre.

Mais reconnaître l'existence d'un liquide dans l'abdomen n'est pas tout le diagnostic de l'ascite; il importe encore de savoir à quelle espèce elle appartient. C'est pour cela qu'on recherchera soigneusement sous l'influence de quelles causes elle s'est développée; on tiendra compte de chacun des symptômes, de l'ordre dans lequel ils ont apparu, afin de savoir s'il y a ou non maladie du foie, du cœur ou des reins, si l'hydropisie est symptomatique ou idiopathique, etc.

Reste maintenant à distinguer l'ascite de quelques maladies avec lesquelles on pourrait la confondre. L'hydropisie enkystée et celle de l'ovaire se reconnaissent aux caractères suivants :

« La fluctuation est bien plus difficile à percevoir; elle est bornée, circonscrite, ne s'obtient jamais que dans les mêmes points, à moins que le kyste ne soit mobile, ce qui est fort rare. Les intestins sont du côté opposé à la tumeur, et n'occupent pas, comme dans l'ascite, les points les plus élevés de l'abdomen; le son enfin est plus mat, et la forme du ventre irrégulière, quelquefois bosselée (Frank, Rostan, Piorry).

» La tympanite donne un son beaucoup plus distinct, et sa marche diffère trop de celle de l'ascite pour que la confusion soit possible. Quant à la grossesse, elle ne rend difficile le diagnostic des épanchements de liquide, dans le péritoine, que quand elle complique et marque les phénomènes produits par ces épanchements; on doit alors faire usage de la percussion périphérique et de la percussion médiate; mais ce n'est qu'avec beaucoup d'attention qu'on parviendra à reconnaître les petites quantités de liquide qui peuvent exister. L'hydrométrie ou l'hydropisie de matrice, maladie fort rare, s'accompagne d'un dérangement dans les règles; le son est plus mat, la fluctuation beaucoup plus difficile à sentir; il y a compression du rectum, constipation, rétention d'urine, etc.

» La rétention d'urine a quelquefois été prise pour un épanchement ascitique, et réciproquement. Cette méprise n'a pu arriver qu'à des personnes trop préoccupées de l'une de ces deux affections, pour penser à l'autre; car quelques questions faites au malade, et l'exploration attentive du ventre, préserveront d'erreur, toutes les fois qu'au

premier abord il y aura quelque incertitude.

» Une maladie qu'il est bien plus facile de confondre avec l'hydropisie ascite, c'est l'hydropisie enkystée du péritoine, maladie fort rare, surtout chez l'homme, mais dont on a trouvé dans les auteurs des observations incontestables. Dans cette espèce d'hydropisie, le liquide s'est amassé dans un vaste kyste, étendu quelquefois de l'appendice xyphoïde au pubis, et d'un hypochondre à l'autre; tous les phénomènes de distension, de fluctuation, dus à la présence d'un liquide, se présentent pendant le cours de cette affection comme dans l'ascite, et l'erreur est facile. Il est vrai que, pour éclairer ce diagnostic, on a dit que l'hydropisie enkystée du péritoine a un développement très lent, que la tumeur se porte plus en dehors que l'ascite, qu'il y a moins de gêne dans la respiration, moins d'altération dans les traits, que l'urine est surabondante, etc. Ces signes ont bien quelque valeur; mais seuls ils ne suffiraient pas pour éclairer le praticien : heureusement que la percussion peut être ici d'un grand secours. En effet, elle montre qu'il n'y a pas déplacement des intestins comme dans l'ascite, et le lecteur voit facilement le parti qu'il y a à tirer de cette circonstance. » (Dalmas, *loc. cit.*)

Pronostic. — Le pronostic de l'ascite est grave le plus souvent; celles de la première espèce sont moins fâcheuses que les autres, et, parmi ces dernières, le danger est d'autant plus grand, que la maladie des reins, du foie, de la veine porte ou du cœur est plus ancienne. Il est inutile, d'après ce qui précède, d'insister longuement sur ce sujet.

Traitement. — Le traitement de l'ascite doit nécessairement varier beaucoup. L'ascite par pléthore, par irritation, exige surtout dans les premiers moments l'emploi des antiphlogistiques, aidés des diurétiques : c'est un traitement dirigé tout à la fois contre la cause et les effets, qui ne peut guère échouer, et dont on constate souvent l'efficacité dans les d'ascite asthénique, mécanique, ou jointe à une maladie des reins, le traitement est bien plus difficile. La maladie dont l'ascite est l'effet est souvent un problème, ou se trouve au-dessus des ressources de l'art. Comment remédier, par exemple, à une oblitération de la veine porte, à une dégénération ancienne du foie, à l'état encore tout à fait inconnu du rein, que le docteur Bright a décrit? Tout est obscur ici; c'est pourquoi les mercuriaux, les diurétiques puissants, les purgatifs drastiques, les évacuations sanguines, ont été recommandés tour à tour avec des chances si diverses. Dans les cas de maladies du cœur, ces dernières, les évacuations, ont eu du succès; lorsque l'on atténue les symptômes existants du côté de l'organe central de la circulation, les hydropisies qui en résultent, notamment l'ascite, diminuent, et même disparaissent quelquefois, sauf à se reproduire.

Les mercuriaux conviennent mieux dans les maladies du foie. C'est le calomel et les frictions avec l'onguent gris que l'on doit préférer, et dont on a obtenu de bons effets. Quant aux diurétiques, la scille, la digitale, la crème de tartre et le nitrate de potasse, sont ceux qui jouissent, au dire des auteurs, de l'efficacité la plus grande.

Parmi les purgatifs, on a administré les pilules de Bontius, celles de Bacher, l'eau-de-vie allemande, etc., et quelquefois avec beaucoup de succès. La plupart des cures éclatantes dont se glorifient les charlatans ont été opérées par les drastiques. L'homme de l'art ne doit donc pas les négliger, mais soumettre leur emploi aux règles d'une expérience raisonnée, et chercher à préciser, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'aujourd'hui, les cas où ces médicaments peuvent être essayés.

Les sudorifiques, le quinquina, les amers, les toniques, sont indiqués dans les cas d'atonie; mais les réflexions précédentes sont aussi applicables à ces agents thérapeutiques. Il faut surveiller les effets qu'ils produisent et savoir les modérer au besoin.

La racine de cahinca a été recommandée dans le temps par le docteur François (*Transactions médicales* et *Gazette des hôpitaux* pour l'année 1832). L'extrait de cette plante se donne à la dose de 12, 14, 24 et 30 grains, en deux prises.

Dans les hôpitaux, l'écorce s'administre en décoction, à la dose de 2 gros d'abord, que l'on fait bouillir dans 8 onces d'eau pendant dix minutes, après quarante-huit heures de macération, et que le malade boit

en deux fois, à deux ou trois heures d'intervalle. Plus tard on augmente les doses jusqu'à ce qu'il y ait augmentation marquée des sécrétions.

Les docteurs Soarès et François ont obtenu de bons effets, et citent des cas de guérison, par ce médicament.

« Quant au traitement local, il se réduisait jusqu'à ces derniers temps à bien peu de chose pour la plupart des praticiens. Quelques cataplasmes, des fomentations émollientes, des frictions avec des liniments laudanisés dans les cas où il existait de la douleur, le composaient presque tout entier; la ponction, quand le liquide gênait la respiration au point de rendre la suffocation imminente, était employée comme palliatif; mais bientôt après l'évacuation artificiellement obtenue, le liquide était reproduit, et, de ponction en ponction, le malade épuisé arrivait au tombeau. Il est vrai que l'on cite quelques cas de guérison; mais ils sont infiniment rares et n'empêchent pas que la qualification de *palliative*, appliquée à la paracentèse, ne soit la seule vraie dans la grande majorité des cas. (Voy. le mot *Paracentèse* pour les détails concernant cette opération.)

» Mais ce traitement local, si imparfait jusque là, a reçu depuis peu des améliorations importantes : la compression a été essayée avec assez de succès pour faire croire qu'on peut, dans certains cas, fonder sur elle l'espoir d'un succès complet. Essayée d'abord par les Anglais, à la suite de la ponction, plus tard, sans que cette opération eût été pratiquée, elle a été mise en usage en France par MM. Récamier et Husson. Après eux, M. Godelle, de Soissons, s'en est servi plusieurs fois, et a recommandé ce moyen dans plusieurs publications. Enfin, au commencement de 1832, M. Bricheteau a inséré dans les *Archives* un mémoire où il ajoute de nouveaux faits aux faits déjà connus. Dans les cas où il n'y a pas de lésion organique de la poitrine, on exercera cette compression à l'aide d'un bandage lacé, comprimant exactement le ventre depuis la base de la poitrine jusqu'au bassin (*Archives générales de médecine*); et, ainsi que l'expérience l'a déjà montré, l'on ne tardera pas à voir les urines couler en plus grande abondance, et le volume du ventre s'affaisser. Suivant M. Fenoglio, médecin italien, ces cures n'ont pas lieu sans un certain degré de péritonite. (*Gazette médicale.*)

» Les belles recherches de M. Reynaud ont déjà fait voir comment, lorsqu'il y a oblitération de la veine porte, la circulation collatérale s'établit par l'intermédiaire des veines profondes et par le développement des veines sous-tégumenteuses de l'abdomen (*Journal hebdomadaire*). Or, la compression vient évidemment au secours de cette nouvelle circulation, et favorise le développement de ces nouveaux vaisseaux, en s'opposant à la dilatation indéfinie de l'abdomen : c'est une raison de plus pour y ajouter confiance. Des praticiens plus hardis ont proposé d'agir directement sur le péritoine. M. Lhomme, de Château-Thierry, lut, il y a quelques années, à l'Académie royale de médecine, un mémoire où il recommande l'introduction de vapeurs vineuses dans l'intérieur de la cavité du péritoine; mais la crainte de donner lieu de cette manière à une péritonite promptement mortelle n'a pas permis d'adopter ce procédé, qui n'est, en définitive, que l'application à l'ascite des idées qui dirigent dans le traitement ordinaire de l'hydrocèle. » (Dalmas, *loc cit.*)

ARTICLE III.

(Appendice.)

Abcès de la fosse iliaque (1).

C'est le nom de l'abcès consécutif au phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéal des fosses iliaques, presque toujours de la droite. La dénomination est évidemment vicieuse, puisqu'on l'a tirée d'une des terminaisons qui manque souvent. La résolution, en effet, est loin d'être rare dans cette inflammation. Signalée d'abord par Dupuytren (en 1832), cette affection a depuis été étudiée par M. Husson, Dance et M. Ménière.

Causes de l'abcès de la fosse iliaque. — Les causes sont de diverses sortes. Il en est de tout anatomiques, et qui vont nous expliquer pourquoi la fosse iliaque droite est le siége presque exclusif du phlegmon

(1) Nous plaçons ici ces abcès qui se rattachent plus ou moins directement aux affections du péritoine.

sous-péritonéal. C'est la présence du cœcum en ce point. Plongé dans une masse de tissu cellulaire lâche et abondant, surtout en arrière, ce renflement du gros intestin présente en lui-même des dispositions qui sont des causes manifestes de l'abcès de la fosse iliaque. D'abord il reçoit l'abouchement de l'iléon par un orifice très rétréci que ne franchissent pas toujours les corps étrangers introduits dans les voies digestives, et qui ont évité au pylore un écueil semblable. Qu'ils soient ou non le résidu réfractaire de quelques aliments, ces corps étrangers s'enfoncent dans les parois de l'intestin, les enflamment, les perforent et tombent dans le tissu cellulaire péricœcal. On a vu aussi des corps pointus ou couverts d'aspérités se détacher de la masse fécale, s'égarer dans l'appendice vermiculaire, s'y arrêter et gagner, par un mécanisme analogue, le tissu cellulaire.

Voici un exemple bien manifeste de la formation des phlegmons de la fosse iliaque par suite de la perforation de l'appendice cœcal, puisqu'à l'autopsie on a trouvé cet appendice ouvert. Nous l'empruntons à la *Clinique* de Dupuytren.

Obs. 1. *Perforation de l'appendice cœcal, avec communication au dehors par une plaie fistuleuse de la fosse iliaque droite.*

« M. Malas, inspecteur aux revues, âgé de quarante-cinq ans, d'une stature grêle, d'une santé peu robuste, était sujet à des affections catarrhales assez fréquentes et prolongées. En 1812, il fut pris de douleurs excessivement aiguës dans la région iliaque, avec tumeur assez volumineuse sensible à la moindre pression, constipation opiniâtre, météorisme du ventre, et état fébrile.

» Cette maladie, rapportée à une affection du cœcum avec engouement stercoral consécutif, fut combattue par des délayants, des bains prolongés, des topiques émollients et une diète absolue. Mais la douleur et la fièvre avaient cédé sans que les évacuations stercorales eussent repris leur cours; la constipation fut alors peu à peu vaincue par des lavements purgatifs et surtout par l'usage assez soutenu de l'infusion de séné; il y eut d'abord une quantité énorme de matières rejetées.

» Des douches sulfureuses, l'équitation, l'usage du lait d'ânesse, un régime sévère achevèrent la guérison ou même améliorèrent notablement la santé générale.

» Cet état très favorable se soutint jusque dans les premiers jours de février 1815, époque à laquelle M. Malas fut atteint d'une nouvelle affection pulmonaire, avec expectoration sanguinolente d'abord, puis rouillée. Le malade était en convalescence, et avait même repris ses occupations, lorsque la douleur, dans la région iléo-cœcale, se fit de nouveau sentir avec la plus grande violence : on y retrouvait une tumeur rénitente d'un volume considérable et d'une sensibilité exquise; même constipation (bains de fauteuil répétés, boissons gommeuses et acidulées, huile de ricin à doses fractionnées). Le malade ne peut supporter le poids des moindres cataplasmes.

» Il y eut peu de changement jusqu'au 13 mars, la tumeur, malgré l'évacuation de quelques matières stercorales ne s'affaisse pas d'une manière marquée, et cette observation, jointe à l'aspect de ces mêmes matières, fait croire qu'elle a son siége hors de l'intestin lui-même.

» L'état inflammatoire se prononce de plus en plus, la tumeur est dure, bosselée, inégale, elle fait saillie dans la fosse iliaque, et offre un volume de cinq à six pouces dans tous les sens. MM. Jacquemin père et Dupuytren, appelés en consultation, le 14 mars, ont reconnu une fluctuation profonde. Une ponction oblique pratiquée par M. Dupuytren donne issue à une quantité assez considérable d'un pus roussâtre, peu lié et d'une odeur fétide; le soulagement est subit.

» La plaie restée fistuleuse continue à fournir une assez grande quantité de pus; le malade s'affaiblit graduellement, et l'expectoration resta fort abondante. Trois plaies nouvelles, à peu de distance de l'ouverture première, s'ouvrirent successivement en communiquant avec le foyer profond; le pus était séreux.

» Cet état se soutint, à peu de variations près, jusqu'à la fin de l'hiver 1816; alors l'état de la poitrine devint plus fâcheux, l'expectoration plus abondante et décidément puriforme, il y eut infiltration des extrémités inférieures. Il ne faut pas ou-

blier de noter ici qu'à plusieurs reprises on avait observé que lorsque les plaies cessaient de suppurer, il y avait de la diarrhée qui disparaissait lorsque les ouvertures fistuleuses donnaient de nouveau issue au pus d'ailleurs assez abondant.

» Enfin, le 15 avril, le malade étant resté exposé à un courant d'air très froid, il ne tarda pas à éprouver dans toute l'étendue du ventre des douleurs accompagnées de fièvre; il succomba, le 22, à une péritonite aiguë.

» L'autopsie, faite le lendemain par MM. Jacquemin père et fils et Nacquart, présenta les résultats suivants :

» Le corps est complétement décoloré et amaigri au plus haut degré; les extrémités sont œdématiées; le thorax résonne dans presque tous ses points; le ventre est peu météorisé.

» Une collection purulente fort étendue occupe tout le sommet du poumon droit. Ce foyer se ramifiait dans la moitié supérieure environ de ce viscère. Le reste du poumon, ainsi que le gauche, était sain et crépitant.

» Le péritoine contient trois livres environ de sérosité rougeâtre, dans laquelle flottent des flocons de fibrine décolorée peu concrets; une exsudation analogue réunit la plupart des circonvolutions intestinales; la surface des intestins est d'ailleurs assez phlogosée.

» On examina avec soin la partie qui avait été le siége de la tumeur : la peau amincie, dénudée dans l'étendue de deux pouces de diamètre à peu près, était perforée par quatre ouvertures qui communiquaient entre elles pour aboutir ensemble à un foyer, ou poche placée entre les fibres musculaires des parois abdominales et la face externe du péritoine; à cette poche adhérait une partie du cœcum et l'appendice cœcal venait s'y perdre en s'y ouvrant. D'ailleurs cette désorganisation très circonscrite ne retraçait plus qu'imparfaitement l'image de la tumeur, son volume et ses callosités. C'était une sorte de cloaque où s'épanouissait l'appendice qui se confondait avec les parois du sac par un tissu cellulaire assez serré. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque était sain, ainsi que le côlon et le cœcum; on doit dire même qu'à la fistule intestinale près, toute cette masse semblait être en voie de guérison.

» Malgré cette communication évidente entre l'intérieur du canal intestinal et la plaie par le moyen de l'appendice, jamais on n'a remarqué de pus dans les selles ni de matières stercorales (ou leur odeur ou leur couleur) dans le produit des plaies. » (Dupuytren, *Leçons de clinique chirurg.*, t. III, p. 520.)

Enfin, c'est dans le cœcum que les aliments commencent à prendre la dureté excrémentitielle, dureté qui force un corps aigu, une épingle, une arête de poisson, placé à la surface du cylindre, à pénétrer la paroi intestinale; au lieu qu'avant la valvule iléo-cœcale, il fuyait de lui-même vers le centre du courant demi-liquide. N'oublions pas non plus que cet organe, dans lequel d'ailleurs la circulation fécale se fait contre les lois de la pesanteur, est le siége fréquent d'altérations phlegmasiques, qui peuvent déterminer sa perforation et plus souvent encore se propager de là, par contiguïté, au tissu cellulaire d'alentour et même au péritoine, sans qu'un corps étranger quelconque les vienne irriter.

L'âge adulte y prédispose incontestablement, puisque sur seize cas observés à l'Hôtel-Dieu, onze malades avaient plus de trente ans.

Le *sexe* exerce sur le développement de cette affection une influence inexpliquée; quelle qu'en soit la raison, l'homme y est plus sujet que la femme.

Le passage de l'été à l'automne est l'époque où l'abcès de la fosse iliaque a été le plus fréquemment observé: c'est aussi la *saison* des affections abdominales, coïncidence favorable à l'opinion de ceux qui pensent que le début a lieu par la muqueuse.

Voilà pour ce qui est de la prédisposition; voici les causes occasionnelles, nombreuses et importantes. La *profession* a été, pour beaucoup de malades, une cause directe, en produisant sur le tube digestif des lésions qui entraînent comme conséquence celle du tissu cellulaire de la fosse iliaque droite. Les peintres en bâtiments, les broyeurs de couleurs, les tourneurs en cuivre, sans cesse exposés à l'absorption des métaux qu'ils travaillent, ont éprouvé

des coliques et des diarrhées, qui ont préludé plus ou moins longtemps au développement du phlegmon. On a remarqué aussi que le premier séjour du pauvre habitant de la campagne au sein des grandes villes, qu'une mauvaise alimentation, et qu'une habitation analogue avaient souvent amené la maladie. Quant aux corps étrangers, il en a été question plus haut. Rappelons seulement que le cœcum est le point de sortie d'élection des corps étrangers volumineux qui sont éliminés à travers la paroi de l'intestin : couteau, portion d'épée, etc.

Caractères anatomiques de l'abcès de la fosse iliaque. — Au début, les altérations pathologiques sont ici les mêmes que dans tout phlegmon profond qui n'est pas étranglé. Nulle part en effet il n'a plus de liberté pour se développer et s'épanouir. Une tumeur sans changement de couleur à la peau; l'engorgement du tissu cellulaire, etc., voilà ce que l'on suppose à l'origine; mais voici ce que l'autopsie a constaté, à une époque avancée de la maladie : des foyers purulents plus ou moins larges dans le tissu cellulaire péricœcal, avec des clapiers et du pus. Il n'en est pas de même lorsque le foyer s'ouvre par la paroi abdominale, ce qui prouve bien l'avantage de l'ouverture d'une collection de liquide enkystée au point le plus déclive. Ici, en effet, la tumeur se perfore par la partie la plus culminante; il n'y a en quelque sorte que le trop-plein qui s'écoule, chassé par le retour contractile ou élastique des parois du sac. Une grande quantité de pus croupit au fond et se propage vers d'autres points, à l'aine, par exemple; dans ces cas on a trouvé la surface osseuse à nu. Le pus, bien lié d'abord, peut s'altérer par son long séjour dans le foyer, surtout si l'air y a pénétré. Si les matières fécales s'y sont mêlées, il présente, avec les tissus qu'il touche, l'aspect d'une fistule stercorale.

Symptômes de l'abcès de la fosse iliaque. — On en observe souvent de précurseurs. A la suite d'une erreur de régime, d'une constipation, ou d'une diarrhée plus ou moins prolongée, de douleurs abdominales chroniques, et quelquefois d'emblée, une violente colique se déclare, et semble se concentrer dans la fosse iliaque droite; elle peut aussi s'irradier dans la direction du côlon dont elle dessine le trajet. Ordinairement ces coliques sont accompagnées de constipation et quelquefois de vomissements. La durée de ces prodromes varie de quelques jours à deux mois et plus. Comme ces éléments se rencontrent dans beaucoup d'autres maladies, ils ne sont pas d'une grande valeur. Il n'en est pas ainsi des phénomènes suivants; ils sont propres à l'abcès de la fosse iliaque, et le caractérisent: une douleur fixe dans un point très borné de la fosse iliaque et la tuméfaction de ce point. Le palper y trouve de la tension, une dureté profonde rappelle l'existence du phlegmon. Dans d'autres cas, qui sont assez fréquents, les phénomènes de la suppuration se manifestent : douleurs pulsatives, puis gravatives, empâtement, frissons irréguliers, ramollissement de la tumeur et formation de l'abcès. Par où s'ouvrira-t-il? Le plus souvent, dans l'intestin, et c'est une circonstance heureuse, annoncée par une évacuation de matières alvines purulentes, qui coïncide avec l'affaissement de la tumeur. Dans ce cas la guérison est ordinairement très prompte, comme dans cette observation, qui a été recueillie par le jeune et savant médecin Dance, qui l'un des premiers avait appelé l'attention sur cette maladie.

Obs. 2. « Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, fort et bien constitué, éprouvait depuis trois semaines des coliques sourdes, surtout après le repas; il reçut la pluie sur le corps pendant une journée entière, et se trouva beaucoup plus incommodé; enfin il ressentit une douleur assez forte dans la fosse iliaque droite, et se rendit alors à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu le 24 octobre 1825.

» Nous le trouvâmes dans l'état suivant : douleur, tension et gonflement borné à la fosse iliaque droite, le reste du ventre étant souple et indolent; coliques sourdes, répétées, mais de courte durée, pendant lesquelles le malade exprime la plus vive souffrance; cependant le pouls est peu différent de l'état naturel. La température de la peau n'est point augmentée; les urines sont rendues librement, mais les selles sont rares et difficiles; la langue est humide et large; l'appétit est diminué. (Saignée de deux palettes; trente sangsues

sur le point douloureux; tisane de chiendent et de réglisse; diète.)

» Le lendemain les coliques sont moins fréquentes et moins vives, mais la douleur à la pression, la tension et le gonflement persistent dans la fosse iliaque droite. (Soixante sangsues sont appliquées dans le même lieu.)

» Le 26, fortes coliques revenant par exacerbations et aboutissant dans le centre de l'engorgement; constipation, émission difficile des gaz stercoraux; accroissement de la tuméfaction qui existe dans la fosse iliaque droite; légère fréquence du pouls, sans chaleur fébrile, sans altération de la face. (Saignée de deux palettes; vingt sangsues sur le même point, lavement purgatif.)

» Le 27, l'engorgement s'accroît et représente une sorte de tumeur hémisphérique appliquée sur la fosse iliaque, s'étendant de la crête iliaque au pubis et à l'ombilic; des douleurs pulsatives se font sentir dans son intérieur, la pression en est très douloureuse, la constipation persiste, cependant on n'observe point de symptômes généraux graves. (Demi-bain, sirop de nerprun, huile de ricin, de chaque une once.)

» Le 28, l'engorgement de la fosse iliaque semble grossir à vue d'œil; il dépasse aujourd'hui la ligne médiane du ventre et forme une espèce de globe dur et circonscrit, semblable à l'utérus au septième mois de grossesse: son relief est d'autant plus apparent, que le reste de l'abdomen est affaissé comme dans l'état naturel; une fluctuation obscure paraît se faire sentir dans son intérieur, le malade éprouve de fréquentes envies d'aller à la selle, mais sans aucun résultat. (Bouillon aux herbes avec sulfate de soude, deux gros; cataplasme, demi-bain.)

» Le 29 et le 30, quatre selles copieuses suivies d'un grand soulagement; aucun changement dans l'état de l'engorgement; toujours absence de symptômes généraux. (Marmelade de Tronchin, deux gros.)

» Les jours suivants, nous observons que la tuméfaction du bas-ventre diminue sensiblement, et se resserre peu à peu vers la fosse iliaque droite où elle avait pris naissance. Le malade nous apprend en même temps que, depuis trois jours, il avait remarqué quelque chose de blanchâtre dans ses selles; on fait aussitôt apporter le vase de nuit, et l'on trouve (le 6 novembre) une selle entièrement purulente composée d'une matière blanche, épaisse et très abondante. Dès lors il a été facile de voir que la diminution du volume de la tumeur datait du moment où ce genre de selles avait commencé à paraître. Cette tumeur se trouve à présent concentrée dans la fosse iliaque; elle est plus dure et plus sensible à la pression que dans le principe, et ne surpasse guère le volume du poing. (On continue la marmelade de Tronchin.)

» Jusqu'au 14 novembre, les selles, qui sont assez abondantes, présentent un mélange de matières purulentes et de matières stercorales. L'engorgement iliaque continue à s'affaisser.

» Le 20 novembre, le malade est sorti de l'hôpital; il se trouvait très bien et supportait la demi-portion de nourriture sans trouble et sans indigestion; les selles ne contenaient plus de matières purulentes; mais on sentait encore dans la fosse iliaque un noyau profond d'engorgement.

» Peu de jours après le malade est rentré à l'hôpital, éprouvant quelques symptômes de dyssenterie provoqués par une alimentation copieuse et mal choisie; une diète ménagée et quelques calmants ont suffi pour le rétablir entièrement. » (Dupuytren, *Leçons de clinique chir.*, t. III, p. 525.)

En même temps qu'ils perforent la paroi cœcale, ces abcès peuvent s'ouvrir encore dans la vessie ou dans le vagin.

Voici une curieuse observation d'abcès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie et suivi de la guérison.

Obs. 3. *Vaste collection purulente de la fosse iliaque gauche ouverte dans la vessie; guérison.*

« Une jeune fille âgée de vingt-trois ans, domestique, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, le 6 juillet 1819 et placée d'abord dans une salle de médecine pour y recevoir les soins qu'exigeait sa situation. Elle venait d'accoucher naturellement de son premier enfant; jusqu'alors elle avait joui d'une bonne santé et sa grossesse n'avait été troublée par aucune indisposition; mais peu de

jours après son accouchement elle eut un frisson général suivi de chaleur et de fièvre, et se plaignit d'engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches. Bientôt les douleurs se firent sentir dans la profondeur du bassin ; elles devinrent continuelles et tellement violentes, que la malade fut entièrement privée de sommeil. A ces douleurs se joignirent des frissons irréguliers, entremêlés de fièvre, une soif vive, une constipation opiniâtre et une dysurie portée jusqu'à la rétention d'urine. Le toucher fit reconnaître un empâtement dans la fosse iliaque gauche et une tumeur dure non fluctuante que l'on supposa développée dans l'ovaire du même côté.

» Une saignée, des bains, des cataplasmes, des boissons émollientes furent employés sans succès, la fièvre et les douleurs persistèrent; à la constipation succéda un dévoiement qui jeta la malade dans une faiblesse extrême.

» C'est alors qu'elle fut transférée dans la salle de chirurgie (14 octob.). Elle était dans cet état de dépérissement qui annonce ordinairement une mort prochaine : face amaigrie, pâle et jaunâtre, offrant l'expression de longues souffrances, yeux ternes et caves, peau sèche et terreuse, voix faible et languissante, fièvre continue avec redoublement le soir, diarrhée abondante; de plus, dans la fosse iliaque gauche existait une large tuméfaction fluctuante, paraissant soulever l'arcade crurale, accompagnée d'œdème et de rétraction de la cuisse dont les mouvements étaient douloureux et l'extension impossible. (Cataplasmes émollients, eau de riz, cachou.)

» Au cinquième jour, la malade rend avec les urines une matière tellement abondante qu'elle surpasse la quantité des urines excrétées en même temps. Cette évacuation se prolonge pendant une douzaine de jours, et, à mesure qu'elle s'opère, la tuméfaction de la fosse iliaque diminue, et finit par disparaître. Les douleurs et la diarrhée cessent, la fièvre se modère, l'appétit reparaît ; plus tard, un point de fluctuation se montre en haut et en avant de la cuisse gauche. M. Dupuytren en fait l'ouverture : une suppuration abondante s'en écoule et fait bientôt place à un fluide séreux qui annonce ordinairement l'adhésion prochaine des parois d'un foyer ; enfin la plaie se cicatrise, et la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie, au quarante-cinquième jour de son entrée dans les salles de chirurgie.

» Il est rare d'observer des foyers de suppuration aussi vastes, et plus rare de les voir se terminer d'une manière aussi favorable. Le tissu cellulaire qui avoisine la vessie et le rectum paraît avoir été le siége principal de cette collection purulente ; de là la constipation et la dysurie avaient existé dans les premiers temps.

» Le tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche est aussi entré en suppuration, et de proche en proche cette suppuration s'est étendue derrière l'arcade crurale jusqu'à la partie supérieure de la cuisse ; c'est à cette extension de la maladie qu'il faut rapporter le soulèvement de la fosse iliaque par une tumeur d'abord dure, puis fluctuante, la rétraction permanente de la cuisse sur le bassin, et l'œdème de cette partie du membre inférieur.

» Enfin le séjour prolongé du pus dans ce vaste foyer a été suivi d'une fièvre hectique qui a conduit la malade jusqu'aux portes du tombeau, lorsque tout à coup les urines sont devenues purulentes ; cette évacuation abondante a coïncidé avec l'affaissement de la tumeur, la diminution de la fièvre et la cessation des autres accidents.

» Ainsi les parois de la vessie ont été perforées, et c'est par ce réservoir que la matière purulente a pris son écoulement avec les urines; fait d'autant plus curieux, qu'il nous montre les ressources de la nature dans les cas les plus désespérés. » (Dupuytren, *Leçons de clinique chirurg.*, tome III, p. 531.)

Mais d'autres fois, au lieu de gagner l'extérieur par des organes creux qui ont une ouverture normale à la peau (ressemblant en cela aux anus contre nature congéniaux), ils enflamment la paroi du ventre, l'usent et la perforent (disposition analogue à celle des anus anormaux accidentels).

La terminaison par un anus anormal accidentel a presque toujours été fâcheuse, car la base de cet abcès, sa partie la plus déclive reposant sur la fosse iliaque, tandis que l'ouverture a lieu en avant et vers le point le plus élevé, l'évacuation est lente, incomplète; d'où croupissement,

fusées, etc. : c'est pour cette raison que dans ces cas on conseille au malade le décubitus sur le ventre. Cette disposition a d'ailleurs été décrite plus haut avec plus de détails. Nous avons dit aussi comment, dans la grande majorité des cas, le pus se vide dans le cœcum, sans que les fèces pénètrent dans le foyer. Il paraîtrait qu'on n'a observé ce commerce d'un mauvais augure, et heureusement fort rare, que dans les cas où le pus se fait jour à travers la paroi abdominale, et qu'on ne l'a pas rencontré lorsque le foyer communique à la fois avec le cœcum et la vessie ou le vagin.

La main, en palpant la région, éprouve de la résistance, et parvient fréquemment à circonscrire une tumeur de volume variable, d'une dureté assez grande, sensible à la pression et semblant reposer sur le cœcum. La maladie touche de trop près au tube digestif pour que les fonctions n'en soient pas troublées. La constipation, les coliques, l'émission difficile des gaz stercoraux, en sont les symptômes habituels. Quelquefois la fièvre est assez intense; mais le plus souvent on n'observe rien de grave, à moins de complications. Au lieu de constipation, c'est parfois la diarrhée. A partir de ce point, la marche et la terminaison de ces tumeurs n'est pas toujours la même : la plus heureuse et la plus commune est la résolution qui, sous l'influence d'une médication convenable, s'est opérée onze fois sur seize (Ménière, *Archives*, t. XVII); elle ne se fait que lentement

Diagnostic de l'abcès de la fosse iliaque. — On pourrait confondre avec cette maladie le psoïtis, mais celui-ci se développe indifféremment dans les deux fosses iliaques, et il est situé plus profondément, puisqu'il est recouvert par le *fascia iliaca;* l'engorgement du ligament rond, si fréquent après l'accouchement, mais la tumeur suit la direction de ce cordon; les abcès des ligaments larges, qui peuvent en s'étendant venir faire saillie dans la fosse iliaque, et s'ouvrent quelquefois dans la matrice ou dans le vagin; mais la circonstance d'une couche peu éloignée, le mode de propagation de la maladie, procédant de la ligne médiane vers le côté, et peut-être l'absence des troubles fonctionnels précités de l'intestin, mettront sur la voie.

Un abcès par congestion, qui apparaîtrait dans la fosse iliaque droite avec un caractère phlegmoneux, comme M. Bérard aîné l'a deux fois observé à l'aine, serait un cas de diagnostic très difficile, s'il n'y avait rien du côté de la colonne vertébrale.

Voici, du reste, comment M. Bérard s'exprime à cet égard :

« Les auteurs n'ont point prévu qu'un abcès par congestion pût jamais offrir la moindre ressemblance avec un abcès chaud, puisqu'ils regardent le premier comme constamment froid, fluctuant dès le principe et indolent. L'un de nous (M. Bérard) a vu cependant des abcès par congestion se prononcer avec les symptômes d'un phlegmon aigu. Ces deux faits s'éloignent trop de ce qui est généralement admis pour que nous ne nous croyons pas obligés d'établir leur authenticité; en même temps que nous rechercherons la cause de cette anomalie. En songeant que dans ces deux cas l'abcès s'était montré au pli de l'aine où il avait affecté d'abord une situation profonde, nous avions imaginé que la distension des aponévroses par le pus avait occasionné de la douleur, et par suite le développement d'un phlegmon; mais une autre circonstance a depuis frappé notre attention, et nous croyons qu'elle nous donne une explication satisfaisante. Les deux sujets chez lesquels l'abcès s'est montré à l'aine avec les apparences du phlegmon avaient tous les deux subi antérieurement plusieurs ponctions pour un abcès lombaire, qui était demeuré fistuleux. Dans les deux cas aussi le trajet de l'aine et celui des lombes aboutissaient à la même vertèbre. Ne peut-on pas croire, d'après cela, que l'inflammation de la poche lombaire et l'altération du pus qui en a été la suite, se sont propagées dans le trajet qui descendait vers l'aine, avant que la tumeur de ce côté fût apparente? De là le phlegmon qui s'est développé lorsque le pus s'est porté vers l'extérieur. La première de ces observations a été recueillie sur le petit-fils de Condorcet. L'abcès lombaire avait eu lieu à droite, et l'abcès de l'aine à gauche. M. le professeur Marjolin, appelé en consultation, avait considéré ce dernier comme un abcès aigu, et il en avait effectivement la marche

quoique venant de la troisième vertèbre lombaire à laquelle aboutissait aussi l'abcès de la partie postérieure du tronc. La deuxième a été faite sur l'étudiant en médecine dont nous avons parlé ; l'abcès de l'aine était si aigu que le moindre contact causait des douleurs excessives. » (P. Bérard, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. I, p. 166.)

Dupuytren a encore vu prendre un abcès de la fosse iliaque pour une hépatite, pour un étranglement interne, pour une péritonite. Dans ces cas la circonscription du mal dans la fosse iliaque, la rétention des matières stercorales, l'appréciation comparative des autres symptômes ont servi à redresser l'erreur, et l'évacuation du pus par l'anus prédite presqu'à jour fixe, a confirmé la justesse du diagnostic.

Pronostic des abcès de la fosse iliaque. — Le pronostic n'est pas en général très grave, puisque sur seize cas très divers un seul malade a succombé. Quand les symptômes cèdent promptement à l'emploi des moyens curatifs, que les selles se rétablissent, que la fièvre tombe avec la tumeur, on peut espérer une prompte guérison. Quand au contraire les accidents persistent, lorsque la fluctuation se manifeste, obscure d'abord, ensuite plus prononcée, etc., on doit s'attendre à voir le pus rejeté par les selles : ce cas est favorable. Si l'abcès s'ouvre spontanément dans quelque autre viscère, ou à travers la paroi abdominale, ou que le chirurgien soit obligé de lui pratiquer une issue, le pronostic est très grave, surtout si les fèces s'échappent par les ulcérations cœcales. La complication d'une péritonite enlève tout espoir de salut. Quand la mort n'a pas lieu par péritonite aiguë, elle n'arrive guère qu'en six ou huit mois.

Traitement des abcès de la fosse iliaque. — Dance expose ainsi le traitement des abcès de la fosse iliaque :

« Quant au traitement de ces engorgements et abcès, il doit être antiphlogistique au début, et d'autant plus que la tumeur menace de s'accroître davantage. La saignée générale et surtout les émissions sanguines locales, abondantes et répétées, jointes à des cataplasmes émollients, des bains de siége et une diète complète, ont ordinairement un prompt succès, L'usage des lavements et des boissons légèrement laxatives est également favorable ; par là on prévient le séjour des matières fécales dans le cœcum et l'irritation qu'elles peuvent y déterminer. Si malgré ces moyens la tumeur vient à s'accroître et à se convertir en un vaste abcès, il ne faut point chercher à l'attirer et à l'ouvrir en dehors, mais attendre patiemment l'évacuation de la matière purulente par l'intestin. Dans le cas où cette terminaison n'aurait point lieu et où la suppuration tendrait à se faire jour à l'extérieur, il faudrait lui donner issue avant que la peau fût décollée et procurer à l'aide d'un pansement et surtout d'une position convenable une prompte évacuation de la matière purulente avec le recollement du foyer. Comme la partie la plus déclive de ce foyer repose en arrière sur la fosse iliaque, on a donné le conseil de coucher le malade sur le ventre. » (Dance, *Dict. de méd.*, en 30 vol., t. I, p. 222.)

CHAPITRE VI.

MALADIES DU FOIE.

Le foie est comme les autres organes soumis à des affections diverses. Ainsi, il peut être atteint par les instruments vulnérants ; nous renverrons pour ce sujet aux plaies de l'abdomen ; le foie peut être encore atteint de commotion, de contusion, de déplacement, et enfin de dégénérescences diverses.

ARTICLE PREMIER.

Hépatalgie (névralgie du foie).

Cette maladie est caractérisée par une douleur plus ou moins vive, plus ou moins durable, continue ou intermittente, et qui est indépendante de toute phlegmasie actuelle, de toute lésion organique du foie. M. Andral a l'un des premiers insisté, dans la *Clinique médicale*, t. IV, p. 194, sur ces douleurs, et les a regardées comme des névralgies du plexus hépatique. Selon cet auteur, il existe quelquefois dans la région du foie, des douleurs très vives qui ne s'expliquent après la mort par aucune lésion du foie ou de ses canaux excréteurs ; on peut y rattacher certaines coliques hépatiques. Cette seule circonstance, dit le savant professeur, et de plus

le caractère de ces douleurs, leur intermittence, le bon état de santé qui existe souvent dans leurs intervalles, nous portent à croire que ces douleurs ont spécialement leur siége dans les nombreux filets nerveux qui se distribuent au foie, et qui proviennent soit du pneumo-gastrique, soit surtout du grand sympathique. On a d'ailleurs la preuve que ces douleurs appartiennent au foie, parce qu'elles sont souvent accompagnées d'un ictère qui se dissipe avec elles, ou qui peut leur survivre pendant un temps plus ou moins long.

Il est assez naturel de penser que, dans ces cas, l'affection des nerfs modifie la sécrétion biliaire comme elle modifie la sécrétion des larmes, de l'urine, de la salive, etc.

Symptômes de l'hépatalgie. — Ces symptômes consistent dans une douleur ordinairement vive, aiguë, lancinante, parfois insupportable, intermittente, et revenant à des intervalles fixes ou irréguliers ; dans quelques cas, ictère. Ce sont là, sans doute, les hépatites périodiques de quelques auteurs, et entre autres de Mongellaz.

Les causes de l'hépatalgie sont celles des névralgies en général ; quant au diagnostic, on ne pourrait guère confondre cette maladie qu'avec les douleurs dues à la présence ou au passage des calculs dans les voies biliaires ; mais cette méprise, que l'on pourra souvent éviter, ne serait pas d'une grande importance pour le traitement.

Le pronostic de l'hépatalgie est peu grave; il faut pourtant la surveiller, car, outre l'incommodité très grande et les douleurs qu'elle détermine, elle pourrait, comme les autres névralgies, amener à la longue une véritable inflammation du foie.

Traitement. — Dans l'hépatalgie continue, bains simples ou émollients, avec le son, la guimauve; cataplasmes de farine de lin, avec addition de laudanum ou d'une décoction de têtes de pavot. A l'intérieur, antispasmodiques et narcotiques, tels que le musc, le castoréum, l'opium, lavements camphrés, ou avec la valériane. On pourrait employer l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique.

Les bains de chlore gazeux ont réussi une fois entre les mains du docteur Julius (*Arch. génér. de méd.*, t. XVIII, p. 101.) Si le sujet est jeune, robuste, pléthorique, et que les douleurs soient très vives, on devra avoir recours à la saignée générale ou à des applications de sangsues sur la région du foie, ou mieux à l'anus et à la vulve, dans le cas où la maladie serait survenue à la suite de la suppression d'une hémorrhagie menstruelle ou hémorrhoïdale. Si l'hépatalgie revêt un caractère intermittent, le sulfate de quinine peut être employé avec avantage, seul ou combiné avec l'opium, dans la proportion d'une partie de sulfate de quinine et d'un quart d'opium.

A ces moyens thérapeutiques, on doit joindre le traitement moral et les prescriptions hygiéniques si utiles dans les névralgies. Ainsi, calme de l'esprit et du cœur, exercice modéré en plein air, distractions variées, nourriture saine et légère, boissons rafraîchissantes et légèrement laxatives, etc. (Voir l'art. Gastralgie, p. 473 de ce volume de la *Bibliothèque*.)

ARTICLE II.

Ictère.

L'ictère, vulgairement appelé *jaunisse*, a pour caractères : la coloration en jaune des yeux et de la peau ; la teinte rouge safranée des urines, et la décoloration des déjections alvines.

Les auteurs ont établi un grand nombre de variétés de l'ictère : les uns admettent seulement un ictère aigu et un ictère chronique, autrement dit un ictère fébrile et un ictère non fébrile ; d'autres, un ictère mécanique et un ictère spasmodique, ou symptomatique et essentiel, primitif ou secondaire. Sauvages en établit jusqu'à vingt-deux espèces, dans lesquelles il comprend les ictères noirs. M. Villeneuve (*Dict. des sciences médic.*, t. XXIII, p. 416) en admet treize espèces, d'après les causes ; nous renverrons aux diverses maladies du foie (*Hépatite*, *Abcès du foie*, etc.), pour les ictères symptomatiques, et nous ne nous occuperons dans cet article que de l'ictère essentiel ou spasmodique.

Symptômes. — « L'ordre d'apparition des symptômes ictériques est assez constant. Les conjonctives sont ordinairement les premières parties où l'on reconnaît la couleur de la bile. Presque en même temps, on découvre des plaques ou des lignes jaunes autour des lèvres et sur les tempes ;

ces taches correspondent toujours aux lieux où la perspiration cutanée paraît le plus abondante. Les lèvres, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, ne changent guère de coloration dans la jaunisse ; elles deviennent à peine d'un rouge plus sombre. Les parties supérieures du corps sont toujours les premières et le plus vivement colorées. Nous faisons observer que ce sont aussi celles où la transpiration est plus considérable. Les interstices des doigts, la partie antérieure du tronc, la face antérieure et interne des membres, enfin tous les points très perméables de l'organe cutané sont encore ceux où la jaunisse est plus intense. Si l'apparition de la teinte ictérique présente communément cette marche, il est cependant une foule de cas exceptionnels, dont quelques uns sont des plus curieux. Il y a des jaunisses locales, d'une petite étendue, et quelquefois sur des surfaces qui sont le moins colorées dans l'ictère franche. » (Ferrus, *Dict. de médecine* en 30 vol., t. XVI, p. 200.)

Notre intention, ainsi que nous l'avons dit, étant de nous borner dans cet article à l'étude de l'ictère dit spasmodique ou essentiel, et de renvoyer aux affections concomitantes ce qui concerne l'ictère symptomatique, nous ne nous arrêterons pas aux symptômes généraux, tels que douleur vive à l'hypochondre droit, nausées, vomissements, fièvre, qui l'accompagnent ordinairement dans ce cas. Quant à l'ictère essentiel ou spasmodique, il parcourt le plus souvent sa période sans porter aucun trouble dans les fonctions vitales importantes. Ainsi pas de phénomènes particuliers du côté de la respiration et de la circulation. Selon M. Bouillaud, chez les *ictériques*, généralement, le pouls offre une lenteur remarquable ; il tombe de 72 à 60, 50 et même 40 pulsations par minute (*Nosographie médicale*, t. III, p. 303). Chez beaucoup de malades, l'estomac et les intestins conservent même une intégrité parfaite ; chez d'autres, on observe du dégoût, de l'anorexie, un enduit jaunâtre sur la langue et même sur les dents, les gencives et la membrane muqueuse de la bouche. Il y a chez eux ordinairement la perception d'une saveur bilieuse ; ils trouvent amers les aliments et les boissons ; ils sont sujets à des éructations érugineuses. Il est encore des malades qui voient tous les objets colorés en jaune, ce qui est attribué par Morgagni à la coloration des humeurs de l'œil, tandis que Portal pense que cette coloration n'est pas nécessaire, et que certains ictériques ont eu la vue ainsi modifiée sans que les humeurs de l'œil eussent perdu de leur limpidité. Les déjections alvines sont le plus souvent rares, décolorées, grisâtres, presque blanches ; parfois elles conservent la coloration normale. Les urines, d'abord limpides et naturelles, prennent ensuite une teinte jaunâtre, safranée, qui tache le linge et le papier. Les malades affectés d'ictère ont la peau sèche, âpre, rude, surtout aux mains et aux pieds ; les sécrétions prennent aussi une teinte jaunâtre ; les sueurs tachent le linge en jaune et sont abondantes ; la salive présente plus rarement une teinte jaunâtre. On a vu le lait coloré en jaune chez des nourrices ; le pus, dans certains cas d'amputation, a acquis une teinte ictérique. Le vésicatoire d'une femme ictérique rendait une humeur jaune comme la bile ; un cautère rendait une sérosité colorée également. Selon M. Villeneuve même (*Dict. des sciences méd.*, t. XXIII, p. 411), des ampoules que des sinapismes avaient faites aux membres d'un malade ictérique teignaient les linges en jaune foncé.

Du reste, les nuances de l'ictère varient à la peau depuis la teinte du citron jusqu'à celle de l'orange ; presque toujours il s'y mêle une teinte verdâtre, portée quelquefois jusqu'au vert foncé et même au noir (ictère noir). Portal rapporte l'observation d'une femme atteinte d'une affection organique grave du foie et chez laquelle la couleur jaune des téguments devint insensiblement noire, de sorte qu'au premier abord on l'aurait prise pour une négresse. Lanzoni, Van-Swieten, Sauvages ont cité des cas analogues. L'ictère a été borné quelquefois aux parties supérieures du corps, et Pecklin raconte qu'un homme frappé d'hémiplégie avait la moitié du corps paralysée teinte en jaune ; l'autre moitié avait conservé sa couleur naturelle (*Bibl. choisie de Planque*, p. 11). Les ongles eux-mêmes, et l'orifice des muqueuses, sont quelquefois envahis par l'ictère.

« Les symptômes de l'ictère qui ont

paru les premiers sont habituellement ceux qui décroissent les derniers; la face et les yeux sont encore jaunes que, depuis longtemps, le reste du corps a repris sa coloration naturelle. La disparition de la teinte ictérique de la peau s'accompagne ordinairement d'un prurit, d'une démangeaison remarquable; dans quelques cas même, il y a éruption de boutons très petits, qui sont suivis d'une desquamation plus ou moins étendue.

» Lorsque l'ictère commence à décroître, les urines sont troublées par un sédiment rougeâtre, extrêmement ténu, qui se dépose très lentement; c'est encore vers cette époque qu'elles présentent quelquefois à leur superficie une couche comme huileuse, qui donne des reflets assez vifs et pour ainsi dire métalliques. Ce caractère, d'ailleurs, n'est point propre à l'ictère; il se rencontre toutes les fois que les urines se décomposent à l'air libre; il est seulement ici moins tardif. Enfin, lorsque la guérison se confirme, les urines reprennent leur transparence naturelle, et les selles recouvrent leurs caractères normaux. » (Ferrus. *loc. cit.*, p. 203.)

Causes. — Les causes les plus fréquentes de l'ictère dit spasmodique sont un transport de colère, une émotion morale, vive, telle que l'annonce de la perte d'un procès, de la mort d'une personne aimée; on cite des criminels qui ont été atteints d'une jaunisse intense en apprenant leur arrêt de mort. M. Bonnet (*Traité des maladies du foie*) croit que dans tout ictère, il y a d'abord irritation plus ou moins prononcée du foie, ou, si l'on veut, un degré quelconque d'hépatite. Les opérations chirurgicales longues et douloureuses, une plaie par déchirement, l'opération d'une hernie étranglée, une entorse, ont quelquefois produit la jaunisse. Les obstacles mécaniques à l'écoulement de la bile s'accompagnent le plus ordinairement d'ictère. Ainsi l'obstruction des canaux hépatique et cholédoque y donnent lieu, compression qui, dans certains cas, peut être occasionnée par des gaz ou des saburres. Ainsi Sylvaticus (*Cent.* 3, obs. 4) a observé un ictère dû à la compression biliaire par suite de la distension du duodénum par des gaz qui se trouvaient emprisonnés dans cet intestin; et M. Brüning a cité un exemple de cette maladie par suite de la distention du côlon due à des gaz qui irritaient le canal cholédoque. La compression de la vésicule du foie et du conduit cystique ne le détermine pas, parce qu'elle n'empêche pas la bile de continuer à couler dans les voies digestives. Ces obstructions sont dues souvent à la présence du calcul dans les canaux hépatique et cholédoque. Quelquefois la muqueuse de ce dernier conduit s'enflamme, selon M. Bonnet, sous l'influence d'une gastro-entérite et s'épaissit au point de l'oblitérer complétement; on a vu aussi un ver s'introduire par son orifice duodénal et le boucher. Mais, le plus souvent, ces obstacles dépendent d'une compression exercée soit par des kystes, soit par des masses squirrheuses développées dans les organes qui touchent les canaux excréteurs. Au rapport de Portal, la partie droite du pancréas tuméfiée et dure comprimait dans un cas l'orifice du canal cholédoque, et, dans un autre sujet, cet orifice était comprimé par une tumeur cancéreuse du duodénum. (*Maladies du foie*, p. 124 et 127.)

Marche, durée, terminaison. — La durée de l'ictère varie selon la cause qui lui a donné naissance. Celui qui est dû à une altération profonde des voies biliaires se prolonge plus longtemps que celui qui a été l'effet d'une émotion morale instantanée. On ne saurait lui assigner une durée fixe. L'ictère spasmodique cependant ne se prolonge guère au delà de un à deux mois, et se termine ordinairement par la guérison. Il n'est pas rare de voir l'ictère symptomatique des affections chroniques, et surtout de la présence des calculs biliaires, cesser, puis reparaître à plusieurs reprises. Ordinairement ces retours de la jaunisse ont lieu à des époques indéterminées. On cite cependant des cas où la périodicité a pu être constatée. Bianchi a vu l'ictère récidiver tous les mois, et chaque attaque durait quatorze jours. Chez une femme de quarante-deux ans, M. Delondre (*Thèse sur la jaunisse*) a observé une jaunisse mensuelle à la suite de la suppression des règles.

Diagnostic. — Les nuances de la peau couleur pain d'épice, celle des conjonctives, les antécédents et le volume de la

rate doivent faire distinguer de l'ictère l'état qui succède aux fièvres intermittentes de longue durée. Dans la chlorose, on évitera la méprise en tenant compte de la couleur jaune cire, avec demi-transparence de la peau, de la limpidité de la conjonctive et surtout des phénomènes qui existent du côté du cœur et des artères. L'anémie et la nuance paille de la cachexie cancéreuse se reconnaissent aisément. L'ictère saturnin qu'on observe dans l'intoxication par un sel de plomb diffère de celui qui nous occupe par sa teinte jaune ou terreuse. Quant aux larges plaques jaunes succédant aux ecchymoses, les différences sont tellement appréciables, que nous croyons inutile d'en parler. Il en est de même des éphélides ou taches hépatiques.

L'ictère simulé, pour se soustraire à un service militaire ou à une peine quelconque, comme on en a cité des exemples, et que l'on avait déterminé en se frottant le corps avec du suc de grande chélidoine, se reconnaît en faisant attention à l'état des conjonctives, aux évacuations, et, s'il le faut, à l'aide de quelques lotions.

Pronostic. — L'ictère idiopathique est, en général, peu grave; on a cité cependant des cas où, après avoir été déterminé par une secousse morale, il est survenu du délire et d'autres accidents suivis de mort; mais il est probable que cette issue funeste a été due à la perturbation dans le système veineux par la cause sous l'influence de laquelle l'ictère s'était développé, et non à l'ictère lui-même; l'ictère symptomatique n'offre de danger qu'autant que la maladie principale est elle-même dangereuse. Dans la vieillesse, les dégénérescences organiques du foie étant plus fréquentes, l'ictère offre aussi plus de gravité; dans les plaies de tête, l'ictère peut amener la formation d'abcès du foie; ce signe acquiert alors une grande importance.

Traitement. — L'ictère spasmodique étant dû fréquemment à des émotions vives, le malade doit les éviter avec soin, et être soumis à un régime sévère; l'estomac et le tube intestinal ont des rapports si intimes avec le foie par leurs nerfs, leurs vaisseaux et leur position, qu'ils pourraient exercer sur cet organe une compression fâcheuse, s'ils étaient dans un état de réplétion. Une vie sédentaire dans l'ictère chronique, une inclinaison habituelle du corps en avant, la compression du thorax et de l'abdomen par des habits étroits, seraient nuisibles.

« Dans le traitement de l'ictère spasmodique exempt de complications, on doit s'abstenir de tous les remèdes qui peuvent diminuer les forces par les évacuations qu'ils déterminent, ou irriter les nerfs par leurs propriétés stimulantes; l'amertume de la bouche, les nausées, les vomissements peuvent simuler l'embarras gastrique : ce sont des signes équivoques auxquels il ne faut pas se fier. Les résolutifs que l'on a coutume de prescrire dans presque tous les cas d'ictère ne seraient pas moins dangereux dans cet état de spasme. En pareille circonstance, les anodins administrés à petites doses rapprochées, de telle sorte qu'ils n'affectent pas désagréablement l'organe du goût, et qu'ils n'excitent pas trop le système sanguin, sont seuls indiqués. Au premier rang nous plaçons l'opium, et nous employons de préférence la teinture anodine à la dose d'environ vingt gouttes dans une potion préparée avec deux onces d'eau distillée, suffisante quantité de gomme arabique et un sirop agréable, à prendre en quatre fois, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à ce que les accidents s'apaisent. Chez les personnes qui sont accoutumées à l'usage des médicaments diffusibles, comme les hypochondriaques, les hystériques, et qui n'ont pas de fièvre, nous employons, dès le principe de la maladie, l'esprit de corne de cerf, l'éther sulfurique, associés avec la teinture anodine à la dose de quelques gouttes, dans une infusion de camomille, et encore avons-nous soin de rapprocher les prises. A l'extérieur, nous prescrivons les onctions sur le bas-ventre avec une pommade nervine, les cataplasmes de graine de lin ou autres semblables, et surtout les demi-bains tièdes. Quand on a vidé l'intestin à l'aide d'un lavement émollient, nous faisons prendre un clystère préparé avec l'infusion de camomille ou l'assa fœtida dissous dans un jaune d'œuf.

» Dans l'ictère hépatique, nous recommandons à l'extérieur les bains savonneux, les onguents d'althæa, de souci, auxquels

on ajoute une petite quantité d'onguent mercuriel et de camphre, les clystères résolutifs; intérieurement, nous prescrivons les médicaments connus pareillement sous le nom de résolutifs, et les doux laxatifs; les sucs exprimés des herbes et des racines qui rendent une humeur laiteuse, comme le pissenlit, la chicorée, le chiendent. On fait légèrement cuire ces sucs dans un bouillon de veau ou dans du petit-lait. On ne doit pas les donner crus. On administre également les extraits de ces plantes associés avec un sel neutre, tel que la terre foliée de tartre, le tartre soluble, avec la teinture aqueuse de rhubarbe; on prescrit encore le savon, la gomme ammoniaque, l'extrait de grande chélidoine, de saponaire, incorporé avec un extrait amer et réduit en forme pilulaire; enfin on a recours au calomélas, aux eaux minérales d'Egra, de Pyrmont, etc. Comme le savon rancit aisément et que les ictériques ont souvent l'estomac très faible, nous ne le donnons point à forte dose et nous n'insistons pas longtemps pour son usage. Nous avons employé sans succès l'extrait de ciguë.» (J. P. Frank, *Traité de méd. pratique*, t. II, p. 350 et suivantes.)

Nous ajoutons aux préceptes du professeur de Pavie quelques considérations sur la dernière période du traitement de l'ictère et sur quelques formes légères de cette maladie. L'eau de Seltz est alors donnée avec avantage pour réveiller l'appétit et faciliter les digestions. On peut encore permettre, dans la saison, l'usage des fruits acidules, groseilles, cerises, raisin, etc. Le régime doit être essentiellement rafraîchissant et végétal; on ne fera que suivre, en ces cas, le désir des malades auxquels les viandes, le lait, le bouillon causent de la répugnance; les promenades, les distractions ne doivent pas être négligées, et à la fin du traitement le malade se trouvera bien du séjour à la campagne, surtout s'il peut y prendre des eaux minérales, acidules ou gazeuses.

« Dans l'ictère qui se manifeste pendant la grossesse, dit M. Ferrus, dans celui qui suit une douleur très vive ou quelques émotions de l'âme, les bains tièdes peuvent avoir l'avantage de calmer l'irritation de la peau et aussi diminuer le spasme général, auxquels on a attribué dans ces cas les phénomènes ictériques. Enfin, si l'on conseille quelquefois encore dans l'ictéricie spasmodique autre chose que la diète, les bains, les boissons délayantes, c'est dans le but de hâter, de favoriser le mouvement interstitiel de décomposition dans tous les organes, et par conséquent de rendre plus prompt le départ des molécules colorées. Mais où la médecine expectante peut-elle être mieux recommandée que dans une affection qui n'attaque, à vrai dire, que la couleur de la peau? » (Ferrus, *loc. cit.*, p. 209.)

(Pour le traitement de l'ictère symptomatique, voir les articles *Hépatite*, *Maladies des voies biliaires*, etc.)

ARTICLE III.

Inflammation du foie (hépatite).

L'inflammation du foie, que l'on regardait autrefois comme très commune, est reconnue maintenant assez rare dans nos climats, surtout à l'état aigu; dans les pays chauds elle se rencontre bien plus fréquemment et montre plus de gravité; elle se complique d'ailleurs souvent avec l'inflammation de quelques autres organes abdominaux, principalement l'estomac, le duodénum, etc. L'hépatite peut être aiguë ou chronique, générale ou partielle; elle revêt quelquefois le caractère épidémique.

§ I. Hépatite aiguë.

Causes de l'hépatite aiguë. — « Les causes de l'hépatite aiguë sont, en général, toutes celles des phlegmasies; mais les plaies de tête qui déterminent l'inflammation et la suppuration de plusieurs organes donnent lieu spécialement à cette maladie. Les violences extérieures exercées sur l'abdomen, les chutes, les contusions, les blessures, les efforts, les sauts d'un lieu élevé, les affections violentes de l'âme, les boissons froides après une grande colère, le refroidissement du corps échauffé, et dans un état d'effervescence, par l'humidité du sol sur lequel on couche, par l'impression d'un bain froid dans lequel on se plonge, les calculs hépatiques, cystiques, amènent aussi l'inflammation du foie. Il existe de nombreux exemples d'une irritation continuelle, quelquefois d'une inflam-

mation de ce viscère, occasionnées par des ascarides lombricoïdes qui passent des intestins dans son parenchyme. Tout ce qui amène l'inflammation des intestins, de l'estomac, du diaphragme, des poumons, peut également produire l'hépatite, à raison du voisinage. La cause la plus fréquente de l'inflammation érysipélateuse du foie est la présence d'une matière corrompue et âcre dans les voies digestives, la suppression d'une diarrhée salutaire, la répercussion subite d'une affection rhumatismale, psorique, érysipélateuse ou autre; enfin toute espèce de métastase. N'ayant pas vu l'hépatite plus commune en Italie qu'en Allemagne, n'ayant pas connaissance que d'autres aient observé le contraire, nous ne pouvons admettre parmi les causes de cette phlegmasie les chaleurs de l'été. L'hépatite endémique, dans les Indes occidentales, est-elle occasionnée par la chaleur plus grande du climat, ou plutôt, comme nous le soupçonnons, par le refroidissement et la suppression de la transpiration, auxquels on est plus souvent exposé dans ces contrées? Dépend-elle de toute autre cause plus obscure? Nous l'ignorons. » (J. P. Frank, *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 219.)

La plupart des auteurs admettent cependant la chaleur tropicale comme une des causes les plus fréquentes de l'hépatite. D'après les recherches de Ribes, cette phlegmasie se transmettrait encore des organes intestinaux au foyer d'une autre manière que par voie de continuité de l'estomac ou du duodénum à travers le canal cholédoque et le conduit hépatique; ce serait en se propageant par le moyen d'une inflammation veineuse qui, partie des veines situées à la surface de la membrane muqueuse, s'étend aux petites veines mésaraïques, de là à la veine porte et de celle-ci au foie. De son côté, M. Cruveilhier a vu l'inflammation du rectum se propager aux veines hémorrhoïdales et de là au foie, et produire une multitude d'abcès dans cet organe. L'hépatite enfin peut succéder à l'inflammation du péritoine qui recouvre le foie; Cullen même croyait à tort, selon nous, que l'hépatite aiguë se déclarait toujours de cette manière.

C'est dans l'âge mûr et dans le sexe masculin que l'hépatite aiguë est observée le plus fréquemment; les femmes et les enfants en sont rarement atteints.

Symptômes. — « Comme les autres inflammations, dit J. P. Frank, l'hépatite débute par un frisson, quelquefois assez intense et de longue durée, suivi d'un sentiment d'ardeur brûlante dans les entrailles, avec chaleur générale et soif vive. Si l'inflammation occupe la partie convexe, la douleur qui répond à cet endroit est plus aiguë, lancinante, pongitive, comme pleurétique; le décubitus est ordinairement difficile sur le côté droit. Si la partie concave est le siége de la maladie, le malade se tourne avec plus de peine sur le côté gauche; il survient plusieurs dérangements qui dépendent du dérangement de l'estomac; nausées, vomissement de bile érugineuse, tension de l'épigastre, souvent ictère, hoquet fatigant qui étrangle le malade. Il n'est pas rare, dans ce cas, que l'inflammation passe au ventricule. La tuméfaction de l'hypochondre droit ne devient sensible que lorsque l'organe enflammé est d'un volume considérable, qu'il n'est point caché sous les côtes, ou qu'avec la main on peut le déplacer de sa position ordinaire; mais une tension manifeste, une douleur qui ne souffre aucun attouchement, désignent le siége de la phlegmasie. Les symptômes seront moins apparents si l'affection occupe la partie postérieure et supérieure du foie, située sous la voûte du diaphragme ou la partie inférieure et dorsale, profondément cachée sous l'arc des fausses côtes. Dans ces cas, le hoquet est plus fréquent, la dyspnée et la toux plus pénibles, la douleur augmente dans l'inspiration, ou bien il existe une douleur lombaire qui semble avoir son siége dans le rein droit. De la portion voisine du diaphragme, l'inflammation se propage facilement à travers ce muscle, jusqu'au poumon droit. Nous l'avons vue aussi plus d'une fois descendre de ce poumon à l'organe sécréteur de la bile. Dans l'inflammation phlegmoneuse du parenchyme même, la douleur est ordinairement obtuse ou gravative, mais nous l'avons observée très aiguë et lancinante, à l'occasion d'un abcès situé au milieu de la substance du foie. Le poids de ce viscère change selon l'accroissement que l'inflammation ajoute à sa masse;

quelquefois son volume augmente du double et la compression qu'il exerce sur l'estomac, le duodénum, la poitrine même, l'obstacle qu'il oppose à l'élévation du diaphrame dans l'expiration, occasionnent un sentiment d'angoisse, de plénitude, de suffocation; il semble au malade qu'un poids considérable est suspendu au diaphragme et au sternum, qui en sont tiraillés.

» Dans toutes les hépatites on n'observe pas le hoquet, la douleur de l'épaule, de la clavicule, du cou; cette douleur ne se fait pas toujours sentir du côté droit, quelquefois elle occupe le côté gauche. Parfois le malade accuse un sentiment de torpeur dans le bras, surtout dans le droit. Ces symptômes proviennent du siége varié de l'inflammation, de la distribution des nerfs diaphragmatique, grand sympathique, brachiaux, qui tirent leur origine de la moelle épinière cervicale.

» La toux, qui survient fréquemment dans l'hépatite, est ordinairement sèche, rarement humide; elle dépend de l'irritation du diaphragme ou d'une sympathie nerveuse. Les déjections sont le plus souvent supprimées; quelquefois, comme dans le cas d'ictère, elles sont blanches; d'autres fois le viscère enflammé sécrète une bile plus abondante, plus âcre, et des matières liquides, presque sanguinolentes, sont rendues avec les coliques. L'urine, comme dans toutes les inflammations aiguës, est couleur de feu, à moins que l'ictère ne se déclare. La fièvre n'est pas très forte, quand l'inflammation n'est pas violente: elle augmente la nuit ou les jours alternatifs. Le pouls est dur et fréquent; mais lorsqu'il n'existe qu'une douleur obtuse, il n'a point ce caractère; il est alors peu différent de l'état naturel. » (J. P. Frank, *Traité de méd. prat.*, t. Ier, p. 218.)

A ces symptômes on doit ajouter la fréquence des hémorrhagies nasales, provenant seulement de la narine droite; la douleur fréquente, sinon constante, de l'épaule droite, s'accompagne souvent de fourmillements, de crampes et même de mouvements convulsifs dans la main et le bras droit, de douleurs dans la région lombaire droite, de l'obscurcissement dans la vue de l'œil de ce côté et même de la dureté de l'ouïe à droite. Les douleurs vives qu'amène la moindre pression sur les muscles abdominaux expliquent la position que prennent ordinairement les malades en fléchissant les cuisses, au moins celle du côté droit. Le blanc des yeux est souvent teint en jaune, et il n'est pas rare de voir la face couleur de cire, la joue droite très rouge, et quelquefois un ictère général. Les urines sont quelquefois safranées et laissent déposer un sédiment rosé.

Caractères anatomiques. — C'est surtout à la suite de l'hépatite chronique que l'on rencontre des altérations anatomiques tranchées. Nous renvoyons au paragraphe relatif à l'hépatite chronique ce que nous avons à dire de cette partie de l'histoire de la maladie.

Diagnostic. — L'hépatite a quelquefois une marche si obscure, qu'elle peut échapper avec beaucoup de facilité à l'attention des médecins et des malades eux-mêmes. On peut d'ailleurs la confondre avec quelques autres affections.

De toutes les maladies, c'est la fièvre bilieuse qui peut le plus souvent en imposer pour une hépatite. Dans une fièvre dite bilieuse, la sensibilité du foie est très exaltée, la sécrétion de la bile augmentée. Le malade se plaint également d'une sensibilité insolite à l'hypochondre droit, de pesanteur et de chaleur à la région précordiale, d'anxiété, d'un goût amer dans la bouche; il y a dégoût, anorexie, couleur jaune de la face et des yeux, tension et dureté des hypochondres, rougeur de l'urine; vers la fin, il survient des vomissements ou des flux de ventre bilieux, quelquefois une jaunisse critique et des sueurs. Mais l'absence de tuméfaction et de douleur constante sous les fausses côtes établit une ligne de démarcation entre les deux maladies, quoique l'analogie soit d'autant plus grande, que, dans l'un comme dans l'autre cas, le bras droit du malade et l'épaule du même côté sont le siége de douleurs sympathiques d'un genre particulier et dont on se rend compte difficilement.

La pneumonie pourrait être encore confondue avec l'hépatite, si l'on ne prenait en considération le lieu où la douleur se fait sentir et le siége moins profond de cette douleur dans l'inflammation du foie. Il

peut arriver cependant que les malades manquent de présence d'esprit et analysent mal les douleurs qu'ils éprouvent. La tuméfaction de l'hypochondre droit se manifeste d'ailleurs quelquefois dans le cours de la pneumonie, et, de plus, des symptômes bilieux se rencontrent quelquefois tellement dans la pneumonie, qu'on peut se trouver fort embarrassé pour établir le diagnostic d'une manière certaine. Il faut, pour l'éclairer, remonter jusqu'aux circonstances commémoratives, aux causes, aux accidents primitifs de l'affection. Cependant, en général, on a observé que l'inspiration occasionne, dans l'hépatite, de plus vives douleurs que l'expiration ; tandis que, dans la pneumonie, les douleurs et l'anxiété augmentent dans l'expiration comme dans l'inspiration d'une manière uniforme.

L'hépatite se distingue aisément de la gastrite, parce que le malade est plus faible en apparence dans cette dernière, qu'il éprouve une chaleur plus ardente à l'épigastre, qu'il a toujours de la disposition à vomir et que l'estomac ne peut supporter les aliments solides ni les boissons. L'hépatite peut encore être confondue avec le rhumatisme aigu des muscles de l'abdomen, une péritonite circa-hépatique, une pleurésie diaphragmatique, une inflammation du pylore ou du duodénum, et même avec une néphrite. La distinction est d'autant plus difficile que, dans la plupart des affections, le foie est lui-même irrité.

Pronostic. — L'hépatite aiguë est une maladie dangereuse, surtout quand elle a atteint un haut degré d'intensité et qu'elle est compliquée d'accidents typhoïdes. Le danger est plus grand dans les climats chauds que dans nos climats, et, dans les pays chauds, elle est plus grave pour les étrangers que pour les indigènes. Sa léthalité est du reste subordonnée à son mode de terminaison et aux maladies qui la compliquent.

Marche, durée, terminaison. — L'invasion de l'hépatite aiguë est le plus souvent brusque et violente ; quelquefois elle commence sourdement, et ce n'est que peu à peu qu'elle acquiert toute son intensité. Dans le premier cas, le début est marqué par un frisson fort et prolongé. La marche et la durée de la maladie n'ont, du reste, rien de fixe et de déterminé : peu intense, elle peut se dissiper en deux ou trois jours ; grave, au contraire, et succédant à des plaies par armes à feu ou par instruments piquants ou tranchants, elle peut enlever les malades en peu de jours ; le plus souvent, néanmoins, elle se prolonge dix ou quinze jours, et même plus longtemps si elle se termine par suppuration. Elle peut, du reste, se terminer par résolution, par suppuration, par gangrène ou par le passage à l'état chronique. Dans le premier cas, évidemment le plus favorable, la résolution s'annonce ordinairement soit par une hémorrhagie de la narine droite, soit par un flux hémorrhoïdal, soit par l'apparition d'un érysipèle, des urines abondantes avec sédiment épais, des sueurs copieuses, une diarrhée bilieuse ou des vomissements analogues. La terminaison par suppuration est presque toujours funeste, à moins que le pus ne se fasse jour à l'extérieur ou par les parois abdominales, ou par l'estomac, le duodénum, le côlon ou les bronches, à travers le diaphragme et le tissu pulmonaire (voir *Abcès du foie*). Quant à la terminaison par gangrène, heureusement rare, elle est toujours très promptement mortelle et s'annonce par la cessation subite des douleurs, la chute du pouls, des sueurs visqueuses, des selles involontaires et d'une odeur cadavéreuse, le refroidissement des extrémités et la décomposition rapide des traits. La terminaison par l'état chronique est la plus favorable après celle par résolution (voir *Hépatite chronique*).

Nous avons dit que l'hépatite aiguë se termine quelquefois par suppuration. Il se forme alors des abcès qui seront étudiés dans un autre article. Dans ces cas, dès l'abord, la douleur de l'hypogastre devient plus vive et pulsative, la gêne de la respiration s'accroît, des frissons se déclarent et alternent avec les sueurs, les exacerbations du soir deviennent plus fortes, le pouls s'élargit et s'amollit, la peau des mains est brûlante, le sommeil devient très agité. Quelquefois, lorsque la suppuration se forme, les symptômes de réaction éprouvent une rémission presque complète, la douleur du foie diminue d'intensité, et les seuls signes qui trahissent cette modifica-

tion sont les sueurs et les frissons alternatifs. L'abcès finit par se prononcer au dehors, quelquefois lentement et sans que rien en trahisse le développement, surtout dans les cas de complication de plaie de tête ou lorsque la cause est dans une phlébite éloignée et dans les hépatites chroniques (voir l'article *Abcès du foie*).

Traitement de l'hépatite aiguë. — D'excellents préceptes de traitement sont formulés par M. Roche dans un article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Nous croyons devoir rapporter une partie des indications de cet auteur.

« L'hépatite aiguë réclame presque toujours un traitement prompt et énergique, et ce traitement ne comporte, pour ainsi dire, que des moyens antiphlogistiques. Parmi ces moyens, la saignée générale tient le premier rang quand la phlegmasie est intense, quand elle est l'effet de violences extérieures et qu'elle succède à la contusion ou à la blessure du foie, et enfin chez les individus jeunes, forts, sanguins et pléthoriques. Il est même avantageux de commencer le traitement de toute hépatite aiguë, à moins qu'elle ne soit très légère, par la saignée du bras. En même temps qu'on y a recours, on doit appliquer de nombreuses sangsues sur l'hypochondre droit et y revenir souvent; elles sont d'une très grande efficacité dans cette phlegmasie, principalement lorsqu'elle occupe la face convexe du foie. Souvent même dans ce cas, elles suffisent sans le secours de la phlébotomie pour guérir des hépatites très intenses ; j'ai eu occasion d'observer ce fait plusieurs fois. Lorsque le malade est sujet à des hémorrhoïdes, il est utile d'en appliquer aussi à l'anus. Il en est de même lorsque la phlegmasie a son siége à la partie concave de l'organe. Quelques praticiens pensent même qu'en général elles soulagent davantage appliquées là que sur l'hypochondre ; ils se fondent sur ce qu'elles dégagent plus directement le système de la veine porte par l'intermédiaire des veines hémorrhoïdales. Quoi qu'il en soit de cette théorie, il est certain que les applications de sangsues à l'anus sont d'un grand secours dans l'hépatite, mais je crois qu'elles ne doivent jamais dispenser d'en faire sur l'hypochondre et à l'épigastre, et encore moins d'avoir recours aux saignées générales, excepté peut-être dans les cas où l'inflammation présente peu d'intensité et chez un hémorrhoïdaire. Dans le cas où la suppression des menstrues est la cause première des accidents, il va sans dire qu'il faut pratiquer les saignées locales aux aines ou à la partie supérieure des cuisses.

» On doit toujours seconder l'effet puissant des évacuations sanguines par l'usage des boissons délayantes et acidulées, telles que la limonade, l'orangeade, les sirops de groseille ou de vinaigre étendus d'eau, le petit-lait, l'oxycrat, ou par les décoctions d'orge, de chiendent, de réglisse, de graine de lin, etc.: par des lavements émollients faits avec des décoctions de son, de graine de lin ou de racine de guimauve, auxquels on ajoute avec avantage de la pariétaire ou du nitrate de potasse ; et enfin par l'emploi des cataplasmes émollients et narcotiques sur l'hypochondre, ou, si leur poids fatigue, par des flanelles imprégnées d'une décoction de propriétés semblables. La diète la plus absolue est de toute rigueur.

» Lorsque par cette médication on est parvenu à diminuer beaucoup les symptômes inflammatoires, on a recours avec avantage aux bains prolongés ; il faut sans crainte faire séjourner les malades dans l'eau pendant plusieurs heures : c'est à cette condition seulement que ce moyen est efficace. On y joint bientôt, si les malades sont constipés, l'emploi de quelques purgatifs légers, tels que les sulfates de soude et de magnésie, l'huile de ricin et principalement le calomélas ; on obtient par leur secours des selles de matières dures, grisâtres et quelquefois noires, d'une fétidité souvent repoussante et qui soulagent considérablement les malades. Quelques médecins veulent que l'on emploie ces médicaments d'une manière continue, et que l'on entretienne ainsi une légère diarrhée bilieuse, dont l'effet, disent-ils, est de dégager doucement l'organe enflammé. La prudence conseille de ne les prescrire que lorsque les accidents inflammatoires ont beaucoup perdu de leur intensité et encore d'en surveiller attentivement les effets quand on croit pouvoir en continuer l'usage. Que si une constipation opiniâtre fait juger leur emploi né-

cessaire dans la période d'acuité de la maladie, il faut les administrer de préférence par la voie du gros intestin, et s'arrêter aussitôt que l'effet désiré est obtenu.

» Enfin, vers le déclin de la maladie, il est quelquefois nécessaire, pour en hâter la résolution, d'appliquer sur l'hypochondre quelques ventouses sèches ou scarifiées, ou des vésicatoires volants. Mais, en général, ces moyens sont d'une utilité, pour le moins équivoque, dans l'hépatite aiguë, et, dans quelques cas, ils nuisent d'une manière évidente; le plus sage est donc de s'en abstenir ou de n'y recourir au moins que très rarement, et d'en réserver l'emploi pour l'hépatite chronique. J'en dirai autant des frictions mercurielles sur la région même du foie. Ces frictions, conseillées même dans la période aiguë, et par quelques médecins anglais jusqu'à la salivation, ne dispensent en aucun cas des évacuations sanguines et des autres moyens antiphlogistiques, et il n'est pas bien démontré qu'elles aient quelque part à leur action puissante. » (Roche, *Dict. de méd. et de chir. pratiq*, t. IX, p. 483.)

Ces conseils sont sages et parfaitement raisonnés, quoique se ressentant encore un peu de l'influence de la doctrine qui régnait à l'époque où l'article était écrit; on s'en aperçoit à la timidité avec laquelle l'auteur se décide à employer quelques légers évacuants, avec la recommandation de les introduire de préférence par le gros intestin.

J. P. Frank, non moins sage et réservé dans ses prescriptions, est cependant un peu plus hardi. « C'est surtout, dit-il, dans cette phlegmasie que sont utiles les doux laxatifs, tels que les tamarins, la crème de tartre, la manne, dissous dans le petit-lait, la teinture aqueuse de rhubarbe; ils chassent promptement la bile âcre déposée en grande quantité dans les intestins; ils sollicitent la solution de la maladie par le canal cholédoque; enfin ils sont d'un plus grand secours dans cette inflammation peut-être que dans toute autre. On donne pour boisson le petit-lait, l'eau oxymellée et nitrée; le malade doit boire souvent, peu à la fois, et prendre ces liquides à une température qui ne soit pas trop basse. Si la maladie semble vouloir se terminer par la sueur, une potion saline avec une légère dose de tartre émétique, et l'infusion de sureau oxymellée, sont indiquées. » (J. P. Frank, *Traité de médecine pratique*, trad. Goudareau, t. I, p. 221.)

Selon Larrey (*Campagnes d'Égypte*, t. II, p. 43), la saignée réussirait moins bien contre l'hépatite des pays chauds que dans nos climats tempérés. Quant au traitement mercuriel que désapprouve M. Roche, il a reçu de grands éloges de la part des médecins qui pratiquent dans l'Inde occidentale : l'usage intérieur et extérieur du mercure produit, selon eux, dans cette région, des effets remarquables; on le voit dissiper un travail suppuratoire, peut-être inévitable sans le secours de ce remède. Mais comme l'administration rapide du mercure occasionne chez les individus faibles une salivation excessive, quelquefois la diarrhée; comme ce médicament augmente les accidents dans le cas de fièvre gastrique nerveuse, on a recommandé de le combiner avec l'écorce du Pérou, ou d'éviter la salivation en administrant le sublimé à doses divisées, ou le calomel seul associé avec le quinquina.

Le quinquina a été employé également avec succès dans quelques cas où l'hépatite a revêtu un caractère intermittent; lorsque la terminaison par gangrène survient, on a prescrit également ce médicament, mais sans succès, car cette complication est constamment mortelle.

§ II. Hépatite chronique (obstruction du foie, foie gras).

L'hépatite chronique est plus commune dans nos climats que l'hépatite aiguë.

Causes. — Les causes sont, pour la plupart, les mêmes que celles de l'hépatite aiguë. Nous ne répéterons donc pas ce que nous avons dit à ce sujet; elle succède d'ailleurs assez souvent à celle-ci, mais plus souvent elle débute sous la forme chronique. L'usage longtemps continué d'aliments trop stimulants, tels que les viandes noires, le gibier, les ragoûts épicés, l'abus des liqueurs spiritueuses, du café, y prédisposent et finissent même par la produire, surtout chez les sujets d'un tempérament bilieux, à peau brune, à membres secs, à cheveux noirs et dont le système veineux est très développé.

Symptômes. — L'hépatite chronique se distingue, dit Joseph Frank, « par l'abattement de l'esprit, la morosité, l'anxiété, le

penchant à la colère, la somnolence, une grande facilité à se fatiguer, l'aridité de la peau, les douleurs vagues dans les membres, obtuses dans les lombes, et aiguës dans les épaules; l'appétence des aliments tantôt exagérée et tantôt nulle; les souffrances d'estomac après les repas; les rapports, surtout les rapports acides; les nausées, et parfois le vomissement; la soif, la langue sèche et la dureté des gencives, un sentiment de chaleur interne ou de plénitude aux régions du foie, de l'estomac, qui ne supportent pas facilement un toucher un peu rude ou la pression; le resserrement du ventre alternant avec la diarrhée; le molimen hémorrhoïdal, les urines peu abondantes, laissant déposer un sédiment purulent et rosé; une petite toux brève, un plus ou moins grand empêchement à faire une inspiration profonde; la difficulté de se coucher sur l'un et l'autre côté; la teinte jaune, si ce n'est de toute la face, qui est quelquefois un peu bouffie, du moins des ailes du nez; la disposition à l'épistaxis; le pouls fébrile, surtout vers le soir, et quelquefois plus lent que dans l'état de santé. » (*Pathologie interne*, édit. de l'*Encyclopédie*, Paris, 1837, t. VI, p. 430.)

« L'hépatite chronique ne s'annonce, dans quelques cas, que par la jaunisse, les selles décolorées, les urines rares, et déposant un sédiment briqueté; par une tumeur rénitente et peu douloureuse à la pression, siégeant dans l'hypochondre droit, sans douleur lorsqu'on ne la touche pas, et ne faisant éprouver d'autre sentiment que celui d'un poids incommode. Quelquefois même elle existe depuis longtemps sans qu'aucun signe bien précis en ait signalé la présence; dans un très grand nombre de cas, la douleur de l'hypochondre en est l'unique symptôme; dans d'autres cas encore, on n'est conduit à la soupçonner que par l'existence d'une vive démangeaison à la peau, qu'aucune éruption n'accompagne. Enfin, il arrive souvent que les symptômes d'irritation gastrique dominent la scène, et que l'hépatite ne se décèle que par l'accroissement du volume du foie qui déborde les côtes; dans ces cas, il existe une gastro-hépatite. » (Roche, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IX, p. 486.)

Marche, *durée*, *terminaisons*. — La marche et la durée de l'hépatite chronique n'ont rien de régulier et d'uniforme; le plus souvent elle marche avec lenteur, d'une manière sourde, et dure plusieurs années. Presque toujours elle entraîne la mort; il est pourtant des cas où la résolution s'obtient avec rapidité, et alors le volume anormal du foie diminue d'une manière vraiment remarquable. Quelquefois l'hépatite chronique passe ou revient à l'état aigu, se communique au péritoine et détermine promptement la mort. D'autres fois, une petite ulcération détruit les parois d'une veine et occasionne une hémorrhagie très rapidement mortelle, si l'épanchement du sang a lieu dans le péritoine, moins promptement fatale dans le cas où le sang, par suite d'adhérences entre le foie, l'estomac, l'intestin, se répand dans ces organes.

L'hépatite chronique se termine aussi souvent par suppuration, et souvent à l'insu du malade et du médecin; mais quelquefois les frissons et les sueurs simulent des accès de fièvre intermittente, revenant irrégulièrement, annoncent, comme à l'état aigu, cette modification. (Voir l'article *Abcès du foie* dans ce volume.)

« Lorsque l'hépatite chronique dure depuis un certain temps, dit M. Roche, elle finit par produire l'engorgement, l'induration ou le squirrhe de l'organe. Peu à peu le volume du foie s'accroît, et on le voit acquérir parfois une grosseur double et même triple de celle qu'il a dans l'état normal. Elle entraîne quelquefois aussi une désorganisation toute particulière connue sous le nom de *foie gras*, *état graisseux du foie*, désorganisation qui offre une grande analogie avec l'adipocire ou le *gras des cadavres*, et dans laquelle le foie se trouve converti en une masse homogène, d'un rouge jaunâtre ou d'un blanc fauve, graissant le scalpel et le papier à la manière de l'huile, conservant l'empreinte du doigt comme le ferait un morceau de beurre, facile à déchirer, et d'une pesanteur spécifique moindre que la substance normale de cet organe. Quelques auteurs ont prétendu que cette dégénérescence du foie ne survenait que chez les phthisiques, et M. Louis a reproduit cette opinion il y a quelques années. C'est une erreur : il suffit de s'être livré pendant quelque temps aux recherches d'anatomie pathologique

pour avoir vu des *foies gras* dans des cadavres d'individus qui n'avaient pas de traces de tubercules pulmonaires. Il est vrai seulement qu'on les rencontre bien plus fréquemment chez les phthisiques qu'à la suite d'autres maladies. Quand toute la masse ou la majeure partie de la masse du foie est envahie par l'une de ces désorganisations, l'ascite en est bientôt la conséquence. Cet épanchement se produit ici par le même mécanisme que celui qui succède à l'oblitération des veines, c'est-à-dire par l'effet de l'obstacle que la circulation éprouve dans tout le système de la veine porte. » (*Loc. cit.*, t. IX, p. 487.)

Caractères anatomiques. — « On rencontre rarement, dit M. Lebert, des hépatites aiguës appréciables par la nécropsie; elles sont ordinairement partielles, et guérissent alors, si elles ne se terminent pas par la suppuration. Le tissu du foie qui en est le siége devient très rouge, mais pas aussi foncé que dans la forme particulière d'hypérémie générale de cet organe, qui accompagne quelques affections du cœur. Les vaisseaux sont gorgés de sang, le tissu hépatique perd bientôt sa consistance; il se ramollit, et une matière comme gélatineuse se montre mêlée à ses cellules. Cette matière d'exsudation, teinte par place de matière colorante du sang, peut quelquefois être déposée dans les canalicules biliaires; les cellules propres à la substance du foie s'altèrent, s'infiltrent de graisse et de substance granuleuse.

» Lorsque la gêne de la circulation augmente encore, et qu'une partie des capillaires hypérémiés ne permet plus la circulation, il se forme du pus. Au centre d'une injection vasculaire se voit un point jaunâtre, dans lequel le microscope démontre des granules et des globules du pus incomplétement développés; la sécrétion du pus augmente. Déposé entre les cellules primitives (peut-être épithéliales) du foie, entre les capillaires sanguins et biliaires, il détruit peu à peu ces divers éléments, et les globules du foie altérés se voient ordinairement mêlés avec le pus. L'abcès augmente ainsi d'étendue, et les divers foyers de formation de pus se rapprochent et se réunissent. De là vient l'anfractuosité de ces abcès; de là aussi la diversité des degrés de conservation des éléments physiologiques du foie sur les divers points des parois de l'abcès. » (Voir l'art. *Abcès du foie.*) (Lebert, *Physiologie pathologique*, Paris, 1845, t. I, p. 139.)

Nous avons souvent observé, dit Joseph Frank, sur les cadavres des sujets qui ont succombé à l'hépatite, le hideux spectacle d'une matière semblable à de la lie et d'une odeur repoussante, s'échapper par la bouche et par les narines. Leurs cheveux sont extrêmement flasques.

« En ouvrant l'abdomen, on est d'abord frappé de voir la superficie du foie livide et parsemée de vaisseaux gorgés de sang, mais plus souvent sur le lobe droit que sur le gauche. La membrane qui enveloppe ce viscère est épaissie, tantôt dans toute son étendue, tantôt dans l'une de ses parties seulement. Rarement le foie tout entier se trouve tuméfié, et dépasse ses limites ordinaires; mais lorsque cela a lieu, sa surface externe, ou pour mieux dire supérieure, offre l'empreinte des côtes. Souvent cette surface est recouverte d'une lymphe coagulable et de productions pseudo-membraneuses. (Voir *Péritonite.*) La sérosité accumulée entre la membrane externe du foie et le parenchyme de cet organe constitue fort rarement une véritable hydropisie du foie.... Plus souvent, de la sérosité s'amasse dans la cavité du péritoine et donne lieu à l'hydropisie ascite (voy. ce mot). Quant à la substance du foie, elle est tantôt pourprée, jaune, noire, décolorée; tantôt compacte au point de crier sous le scalpel, farcie de concrétions biliaires, friable; d'autres fois elle est ramollie à sa superficie et dure au centre. Souvent le parenchyme hépatique est gorgé de sang et de lymphe coagulable; ses vaisseaux capsulaires et bilifères sont déchirés; des hydatides sont fréquemment renfermées dans son tissu, tantôt isolées et tantôt agglomérées..... Quant à la gangrène, bien qu'elle n'ait point été observée dans le foie par le célèbre Baillie, sa manifestation, dans cet organe, ne saurait faire l'objet d'un doute, car elle a été observée par d'autres et par nous. » (*Pathologie interne*, édit. de l'*Encyclopédie des sciences méd.*, t. VI, p. 433.)

Il ne faudrait cependant pas prendre pour de la gangrène une apparence gri-

sâtre du parenchyme du foie ; il peut arriver que certaines ecchymoses ne soient dues qu'à la position particulière du cadavre ; d'un autre côté, la gangrène peut exister sans avoir été précédée de l'inflammation.

Nous renvoyons à l'article consacré aux maladies de la vésicule biliaire l'étude de l'état de cet organe, des conduits biliaires et de la veine porte.

« Comme les autres organes chroniquement enflammés, le foie, sous l'influence de la fluxion prolongée dont il est le siége, finit par acquérir un volume très considérable et acquiert en même temps, en général, une densité plus considérable qu'à l'état normal (induration). Son poids peut être doublé et même triplé, et l'organe s'étend alors jusque vers la crête iliaque, remplissant une grande partie de la cavité abdominale. Mais en même temps que le foie augmente ainsi de poids et de volume, son parenchyme *s'altère* le plus souvent ; des *secreta* anormaux se développent, deviennent le siége de combinaisons et de réactions d'une chimie vivante, dont le mécanisme est encore inconnu. Des tumeurs de différentes espèces, dites squirrheuses, cancéreuses, érectiles, tuberculeuses, des kystes avec ou sans hydatides, etc. (voy. l'article *Kystes et Abcès*), peuvent être les résultats, les suites de la maladie qui nous occupe. » (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*, Paris, 1846, t. III, p. 293.)

Traitement de l'hépatite chronique. — C'est encore à M. Roche que nous emprunterons la plus grande partie de ce que nous avons à dire sur le traitement de l'hépatite chronique ; les conseils de ce praticien sont ici pleins de sagacité et de jugement.

« Tant que l'hépatite chronique est assez vive pour faire sentir son influence au cœur, il faut la traiter comme si elle était aiguë, c'est-à-dire par toute la série de moyens que nous avons indiqués à l'occasion de celle-ci, en proportionnant toutefois leur dose et leur énergie à l'intensité de l'inflammation. Ainsi, les saignées, les cataplasmes émollients sur l'hypochondre droit, la diète, les boissons acidules, les lavements émollients, les bains tièdes ; enfin, les révulsifs et les doux minoratifs vers la fin de la maladie, doivent composer tout le traitement. Les saignées par la lancette sont peu utiles, en général, dans l'hépatite chronique, et l'on doit leur préférer les applications de sangsues sur la région du foie ou à l'anus ; cependant, chez les individus sanguins, on peut encore y avoir recours avec avantage, mais il faut le faire avec prudence, et ne tirer communément qu'une petite quantité de sang.

» Les longues suppurations entretenues sur l'hypochondre droit, au moyen de moxas, de cautères ou de sétons, forment sans contredit la plus puissante ressource contre la maladie qui nous occupe. Peut-être obtiendrait-on la résolution plus rapide de l'engorgement hépatique, si l'on employait en même temps des frictions avec la pommade d'Autenrieth sur plusieurs parties du corps successivement, afin d'éviter l'éruption de boutons que cette pommade fait naître quand on l'applique plusieurs jours de suite sur la même partie. Mais la longueur de ces maladies rebute les malades et décourage les médecins, et c'est alors que l'on se jette dans cette médecine empirique qui fait tant de victimes, et que l'on prescrit les *désobstruants*, les fondants de toute espèce, parmi lesquels les savonneux et l'essence de térébenthine jouent un si beau rôle.

» Il ne faut pas cependant proscrire tous ces médicaments d'une manière absolue, ceux même que je viens de désigner ont procuré des guérisons ; mais c'est contre l'abus que l'on en fait, contre la manière banale de les prescrire et de les administrer, que l'on ne saurait s'élever avec trop de force. Il est incontestable, par exemple, que certaines eaux minérales, celles de Vichy, entre autres, et la plupart de celles qui contiennent des hydrosulfures, administrées avec les soins convenables, et à des individus dont l'estomac ne participe pas à l'état inflammatoire du foie, rendent quelques services. Les purgatifs à petite dose, fréquemment répétés, et en particulier le protochlorure de mercure (calomel), et les eaux de Sedlitz, conviennent aussi dans le même cas. Je ne pense pas que la gomme gutte, l'hellébore, la rhubarbe et le jalap, possèdent quelques propriétés spéciales qui doivent

les faire préférer aux deux purgatifs précédents, et les auteurs ne les conseillent sans doute que pour augmenter les ressources du praticien. Le carbonate de potasse, le bicarbonate de soude, agissent à peu près de la même manière que les eaux de Vichy, et peuvent les suppléer quelquefois. Quant à l'extrait de trèfle d'eau, j'ignore quelle en est la vertu, et il paraît bien déchu de la réputation d'efficacité qu'on lui avait faite dans l'hépatite chronique ; celui de ciguë conserve la sienne, et la mérite peut-être.

» Les boissons des malades doivent toujours être légères, émollientes, et, autant que possible, diurétiques ; on les fait ordinairement avec le chiendent, la réglisse, la bourrache, la pariétaire, la buglosse, la carotte, le cerfeuil, l'oseille ou la saponaire ; on y ajoute un sirop acidule, quelquefois du nitrate de potasse. Le petit-lait, la limonade, les bouillons de veau, conviennent également.

» Je ne parle pas des emplâtres fondants, tels que ceux de ciguë, parce que je les crois à peu près sans action. » (Roche, *Dict. de méd.* en 15 vol., t. IX, p. 489.)

On a signalé quelquefois, après la résolution de l'hépatite, un état particulier du foie qui demeure frappé d'atonie, dont le résultat est un flux surabondant de bile. C'est alors que les vomitifs, l'ipécacuanha, entre autres, sont indiqués : ils rendent du ton à l'organe par l'ébranlement qu'ils lui impriment. Il est utile de joindre à ces moyens un régime diaphorétique, les émulsions camphrées, et l'exercice du cheval. Un bon régime, un air pur, l'habitation à la campagne, suffisent souvent pour dissiper la cachexie que la maladie laisse à sa suite.

ARTICLE IV.

Abcès et kystes du foie.

Si la suppuration hépatique peut se faire jour, à la faveur d'adhérences, dans le duodénum, l'estomac et le côlon transverse ; si l'on peut admettre avec Saunders l'introduction du pus dans les canaux biliaires dont les radicules sont ulcérées, et son écoulement dans le duodénum par le canal cholédoque ; si l'on a vu aussi des abcès saillants à la surface convexe du foie pénétrer à travers le diaphragme dans la cavité de la plèvre (Morand), ou dans le poumon pour être rendus par expectoration, le pus peut également se frayer une route à travers la paroi abdominale, et c'est là surtout ce qui tombe dans le domaine de la chirurgie.

Dans ce dernier cas, la tumeur peut se montrer en divers points. Le plus souvent l'abcès se prononce au niveau de sa source même dans le foie ; mais on l'a vu fuser entre les muscles ou sous la peau, dans la région dorsale et jusque sous l'aisselle (Portal, *Traité des maladies du foie*, p. 223), au pli de l'aine droite, aux environs des dernières vertèbres, etc.

Les kystes suivent à peu près les mêmes voies, l'intestin (Rudolphi, 2e part., p. 248), l'estomac (Cruveilhier, *Dict. de méd. et de chir. prat.*), la plèvre (Cruveilhier, *Essai d'anat. path.*, t. I, p. 164), la paroi abdominale (Guattani, *Exter. aneurys*, p. 109), enfin le péritoine, et c'est une issue qu'ont aussi les abcès. Cette rupture dans le péritoine a lieu sous l'influence d'une violence extérieure ou spontanément (Corvisart, Andral).

J.-L. Petit, à qui on doit le diagnostic différentiel de ces deux affections, l'a tracé de main de maître. Voici en quels termes :

« Il faut observer d'abord que l'abcès au foie et la rétention de la bile dans la vésicule du fiel, étant le plus souvent les suites de l'inflammation dans ces parties, il n'est pas étonnant que les préliminaires de ces maladies soient les mêmes. En effet, elles commencent l'une et l'autre par la tension douloureuse du bas-ventre, particulièrement de la région du foie ; ensuite la bile est retenue dans ses couloirs, elle ne s'écoule qu'imparfaitement dans les intestins ; elle se mêle avec presque toutes les autres liqueurs, d'où il arrive amertume à la bouche, soif ardente et dégoût. Les urines sont teintes de bile ; elles en sont quelquefois si considérablement chargées, qu'elles en paraissent brunes, au lieu que les excréments stercoraux, qui en sont privés, sont de couleur grise ou blanchâtre. La bile se répand par tout le corps ; jusqu'au blanc des yeux, tout est jaune. Les malades sont fatigués par une démangeaison universelle ; ils ont un sommeil interrompu et agité ; la fièvre s'allume, les

hoquets, les vomissements et bien d'autres symptômes qu'il est inutile de rapporter ici, se trouvent rassemblés dans les premiers temps de l'inflammation du foie, parce que cette inflammation attaque les couloirs de la bile.

» Si ces symptômes subsistent, et qu'ils augmentent jusqu'au temps qu'on nomme l'état, alors selon la manière dont l'inflammation se terminera, la maladie prendra différentes formes.

» Si elle est terminée par suppuration, et que la suppuration soit faite, la douleur et la fièvre seront diminuées, le malade aura des frissons irréguliers; il s'élèvera et se manifestera une tumeur à l'hypochondre droit quand l'abcès se formera à la partie convexe de ce viscère; cette tumeur devient molle, et la fluctuation, c'est-à-dire le flot du pus qu'elle renferme, se fait sentir en la touchant. Toutes ces choses indiqueront l'abcès formé et la nécessité d'en faire l'ouverture; cependant avant que de s'y déterminer, on doit examiner chaque symptôme et se rappeler tout ce qui s'est passé pendant le cours de la maladie; car malgré toutes ces apparences d'abcès on peut se tromper, parce que quelquefois toutes les marques ou signes d'abcès dont je viens de parler se trouvent en apparence les mêmes, quoiqu'il n'y ait point d'abcès, et qu'au contraire l'inflammation du foie se soit terminée par la résolution.

» Pour comprendre la possibilité de ce fait, il faut remarquer que la bile, qui pendant le fort de l'inflammation ne se filtrait point dans les glandes du foie, commence à se séparer sitôt que la résolution a suffisamment dégagé les glandes de ce viscère; mais si la résolution n'est pas assez avancée pour que le canal cholédoque soit débouché, la bile entrera dans la vésicule et s'y accumulera au point qu'elle la poussera en dehors, et l'on apercevra sous l'hypochondre droit une tumeur dans laquelle il y aura une fluctuation manifeste; ce qui, joint à des frissons irréguliers, à la diminution de la fièvre et de la douleur, nous donnera des signes semblables à ceux de l'abcès.

» Dans l'équivoque où l'on peut être alors, risquera-t-on d'ouvrir la vésicule du fiel, croyant ouvrir un abcès, ou laissera-t-on périr le malade de l'abcès, dans la crainte d'ouvrir la vésicule du fiel? Si cette ressemblance de symptômes est capable d'en imposer, une comparaison exacte et réfléchie peut y faire remarquer des différences à la vérité difficiles à saisir d'abord, mais cependant suffisantes pour fonder un jugement.

» En effet, la diminution de la douleur et celle de la fièvre ne sont pas moins des signes de la résolution commencée que de la suppuration faite; mais on remarquera que: 1° la douleur qui a dû être égale dans les deux maladies lorsqu'elles n'étaient l'une et l'autre qu'inflammation dans son état, et encore disposée autant à la suppuration qu'à la résolution, a augmenté pendant que l'abcès se formait, et a diminué au contraire pendant que la résolution se faisait et que la bile s'engorgeait dans la vésicule du fiel; 2° la douleur qui accompagne la suppuration est ordinairement pulsative, et cette espèce de douleur n'accompagne point les tumeurs de la vésicule du fiel, puisqu'elles n'arrivent pour l'ordinaire que lorsque l'inflammation du foie se termine par résolution; 3° la douleur diminue bien plus promptement lorsque les apostèmes se terminent par résolution que lorsqu'ils se terminent par suppuration; 4° la diminution de la douleur en conséquence de la résolution, laisse le malade dans un état satisfaisant et d'espérance, au lieu que malgré la diminution de la douleur en conséquence de la suppuration faite, le malade est toujours dans un abattement et un malaise qui font tout craindre.

» Les frissons irréguliers qui se trouvent à l'une et à l'autre diffèrent encore: 1° en ce que ceux qui accompagnent la formation de l'abcès sont plus longs que ceux qui sont causés par la rétention de la bile; 2° dans les premiers, le pouls est petit, il en devient d'autant plus élevé lorsque le frisson cesse; 3° le frisson de suppuration est suivi de chaleur, puis de moiteur, et après le frisson causé par la rétention de la bile, la peau est sèche; aussi peut-on regarder celui-ci non comme un vrai frisson, mais comme une irritation passagère que la bile répandue fait sur les membranes et autres parties nerveuses.

» Lorsque l'abcès du foie se forme à la partie convexe de ce viscère, ou lorsque la

bile est retenue dans la vésicule du fiel, les téguments sont poussés en dehors, et l'on aperçoit une tumeur à l'hypochondre droit. Mais la tumeur causée par l'abcès diffère de l'autre : 1° en ce qu'elle n'est point circonscrite : elle paraît comprise dans l'enceinte des parties voisines, et pour ainsi dire confondue dans les téguments, qui pour l'ordinaire sont œdémateux ; au lieu que la tumeur faite par le gonflement de la vésicule du fiel est exactement distincte et sans confusion, parce qu'il est rare qu'elle soit accompagnée d'œdème ; 2° la tumeur formée par la vésicule du fiel est toujours placée au-dessous des fausses côtes, sous le muscle droit ; mais la tumeur de l'abcès au foie n'affecte aucune situation particulière et peut occuper indifféremment tous les points de la région épigastrique.

» Enfin, la fluctuation ou le flot du fluide renfermé dans ces tumeurs se manifeste différemment : 1° la fluctuation en conséquence de la bile retenue dans la vésicule du fiel s'aperçoit presque subitement, au lieu que celle de l'abcès est très longue avant que de paraître ; 2° on soupçonne celle-ci longtemps avant que de la trouver ; et l'autre, le plus souvent, se montre avant qu'on l'ait soupçonnée ; 3° la fluctuation de la tumeur bilieuse, dès le premier moment, n'est point équivoque, au lieu que celle de l'abcès, surtout dans son commencement, est telle que dans le nombre des personnes qui examinent et touchent l'abcès, les sentiments sont partagés : il s'en trouve qui doutent s'il y a fluctuation ; 4° la fluctuation de l'abcès n'est d'abord apparente que dans le centre de la tumeur, et chaque jour, à mesure que la suppuration augmente, la fluctuation s'étend à la circonférence ; au lieu que la fluctuation de la tumeur de la vésicule du fiel est dès le premier jour presque aussi manifeste dans la circonférence que dans le centre ; ce qui vient de ce que la bile renfermée dans la vésicule du fiel est fluide dès les premiers instants de la rétention, au lieu que la matière de l'abcès n'acquiert de la fluidité qu'à mesure qu'elle se convertit en pus ; 5° à quelque degré que soit portée la suppuration de l'abcès au foie, la circonférence en est toujours dure et gonflée, et au contraire la tumeur de la vésicule du fiel, lorsque l'inflammation a cessé, n'a pour l'ordinaire aucune dureté ni gonflement à sa circonférence.

» Voilà ce que j'ai pu rassembler de marques distinctes entre des signes qui paraissent les mêmes et qui peuvent se trouver réunis dans des maladies bien différentes l'une de l'autre. J'ai cru qu'il convenait de les examiner d'abord séparément avant que d'entrer dans l'examen de ces mêmes symptômes, lorsque l'abcès au foie, la rétention de la bile et les pierres bilieuses se trouvent ensemble. » (J.-L. Petit, *OEuvres complètes*, édit. compacte, p. 447.)

Traitement des abcès et kystes du foie. — MM. Ferrus et P. Dubois tracent ainsi la thérapeutique chirurgicale de ces tumeurs, en exposant avec des détails suffisants les nouveaux procédés :

« Lorsqu'un abcès du foie proémine à l'extérieur, ce qui n'est pas malheureusement le cas le plus commun, on pourra en faire l'ouverture ; c'est ordinairement au-dessous des côtes asternales qu'il commence à se montrer. Nous devons rappeler ici que la vésicule du fiel dilatée a été plusieurs fois ouverte pour un abcès hépatique ; on consultera avec intérêt sur ce point de pratique deux mémoires de Petit et Morand qui sont réunis à ceux de l'Académie royale de chirurgie. L'époque d'élection pour opérer place ici le chirurgien entre deux écueils : il doit ouvrir l'abcès assez tôt pour éviter une plus grande altération du foie ou une ouverture spontanée dans le péritoine, et cependant il faut aussi qu'il temporise assez pour laisser établir des adhérences entre la tumeur et les parois abdominales ; car sans ces adhérences l'incision pourrait être suivie d'un épanchement promptement mortel. Le peu de mobilité du foyer purulent, sa saillie égale pendant tous les mouvements du malade, sont les principaux indices pour opérer. L'instrument tranchant ou les caustiques sont employés pour cette ouverture ; l'emploi de ceux-ci a, dit-on, l'avantage d'augmenter, de fortifier l'adhérence de la paroi abdominale avec la paroi de l'abcès. Mais on peut redouter l'inconvénient très grave ici de faire une ouverture dont on prévoit difficilement les limites ; la plupart des chirurgiens préfèrent aujourd'hui pour les

abcès du foie l'instrument tranchant. L'abcès ouvert est pansé à plat, mollement, avec de la charpie simple ; le malade sera couché sur le côté droit afin de rendre plus facile la sortie du pus.

» Les succès incontestables obtenus par l'évacuation artificielle des foyers purulents du foie devaient conduire à tenter cette même pratique dans le cas de kystes séreux accessibles à l'opération. — Les cas de guérison de quelques uns de ces kystes, après leur rupture spontanée à travers la paroi abdominale, pouvaient encore appuyer cette opinion. D'un autre côté, l'ouverture de kystes hydatiques faite par erreur de diagnostic, dans le but de donner issue à des abcès supposés, a été si promptement suivie d'accidents funestes comme les auteurs en ont rapporté beaucoup d'exemples, que cette opération paraissait devoir être repoussée par la prudence ; mais l'état du malade et les circonstances qui nécessitaient l'opération dans ces cas qui n'avaient pu être ménagés, pouvaient expliquer les revers dont ces tentatives avaient été suivies. Quoi qu'il en soit, dans ces derniers temps, M. Récamier a non seulement pratiqué l'ouverture des kystes hydatiques du foie, mais encore il a érigé cette opération en précepte, et cinq succès bien authentiques (*Revue méd.*, janvier 1825) sont de nature à encourager à la pratiquer de nouveau. Il existe deux méthodes de cette opération : l'une appartient à M. Récamier, l'autre à M. Bégin.

» M. Récamier s'assure d'abord que la tumeur saillante à la paroi abdominale est bien réellement un kyste hydatique ; pour cela il pratique une ponction exploratrice en plongeant dans le point le plus proéminent un trois-quarts presque capillaire. On place ensuite sur la canule une ventouse pour attirer le liquide que contient la tumeur, et dont les qualités explorées font reconnaître une sérosité plus ou moins limpide.

» L'existence d'un kyste contenant une matière susceptible d'être évacuée étant reconnue, il importe que l'adhérence de la tumeur du foie avec la paroi abdominale soit préalablement solidement établie. Pour obtenir ce résultat, on place sur le milieu de la saillie qu'elle forme un large morceau de pierre à cautère. On fend l'escarre qui se forme, puis on fait une seconde ou même une troisième application du caustique, jusqu'à ce que les tissus successivement détruits, l'action de la potasse étendue au péritoine ait déterminé l'inflammation locale des feuillets contigus de cette membrane. Enfin un point des parois du kyste est mortifié et livre passage aux hydatides dont on favorise la sortie par des injections. Pour empêcher l'entrée de l'air qui a été si funeste dans tant de cas de rupture spontanée, M. Récamier a soin de maintenir le foyer autant que possible constamment rempli d'un liquide d'abord émollient, et plus tard légèrement irritant et antiseptique.

» La moindre quantité de liquide progressivement nécessaire pour remplir le foyer donne la mesure du resserrement de ses parois.

» Cette méthode a été l'objet de beaucoup d'objections. La méthode exploratrice a d'abord inspiré des craintes. Quelques faits malheureux de ponction analogues cités dans les auteurs, entre autres par Ruysch (*Opér. anat. méd. chir.*, obs. 65, p. 61), ont motivé ces craintes, mais dans aucun cas les accidents redoutés ne se sont montrés ; et, comme le fait observer M. Récamier, la ponction ici se réduit à une simple acupuncture dont l'ouverture trop étroite ne peut permettre le moindre épanchement à l'intérieur. C'est surtout l'action de la potasse caustique dont on a craint l'extension illimitée sur la surface péritonéale; des expériences directes pouvaient seules éclairer la question. M. Cruveilhier, qui les a entreprises, a constaté que ces nouvelles craintes étaient exagérées, et s'est convaincu que des quantités, même considérables, de caustique, n'avaient toujours qu'un effet borné ; aussi après avoir été l'antagoniste de l'opération proposée par M. Récamier, l'a-t-il adoptée pour un grand nombre de cas (*Dict. de méd. et de chir. prat.*) Toutefois cette opération est grave, et les chances de réussite seront toujours subordonnées à l'ancienneté de la maladie, à l'état du kyste (s'il a suppuré, il y a peu de chances), à la constitution du sujet, enfin aux complications qui pourront exister.

» La méthode de M. Bégin avait pour but d'éviter l'emploi du caustique. Une in-

cision de deux ou trois pouces environ est faite à la peau, sur le point le plus saillant de la tumeur ; on divise ensuite avec précaution les couches musculeuses comme dans l'opération de la hernie. Arrivé au péritoine, le chirurgien le soulève avec des pinces à disséquer et y fait une ouverture en dédolant ; si l'épiploon ou l'intestin se présentent, ils sont doucement repoussés; à l'aide de la sonde cannelée, on achève l'incision du péritoine ; la tumeur se présente au fond de la plaie. On panse à plat, et le malade est tenu au régime des opérations graves. Deux ou trois jours après l'appareil est enlevé : le péritoine s'est enflammé par le contact de l'air, le kyste a contracté des adhérences avec les bords de la plaie ; c'est alors qu'on y plonge le bistouri. Le liquide contenu évacué, on introduit dans l'ouverture une mèche de linge effilé et l'on panse avec des plumasseaux (L.-J. Bégin, *Journ. hebdom.*, t. I, p. 417).

» Si dans ce mode opératoire l'étendue des incisions peut être mieux calculée, l'action directe de l'instrument tranchant sur le péritoine, et surtout l'entrée libre de l'air dans sa cavité, sont des circonstances qui doivent faire redouter une péritonite générale bien plus que dans la méthode précédente ; et enfin ce procédé est le seul applicable aux tumeurs qui ne sont point en contact immédiat avec les parois abdominales. Ne vaudrait-il pas mieux, ainsi qu'on l'a sagement exprimé déjà, respecter ces tumeurs que de tenter de les ouvrir. » (Ferrus et A. Bérard, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XIII, p. 247.)

ARTICLE V.

Lésions diverses, dégénérescences du foie.

§ I. Commotion du foie.

Résultat, soit d'une chute d'un lieu élevé, soit d'un choc direct, cette commotion peut avoir lieu avec ou sans déchirure. Quand elle est sans déchirure, la commotion est quelquefois suivie de trouble dans la sécrétion et la circulation de l'organe, d'ictère. Elle peut, du reste, quoique en général peu grave par elle-même, amener à sa suite des affections diverses, telles qu'acéphalocystes, dégénérescences, etc.

§ II. Contusion du foie.

Par sa situation et son poids, le foie échappe difficilement aux chocs qui agissent sur la partie du tronc avec laquelle il est en rapport ; d'un autre côté, son extrême friabilité rend sa déchirure facile, sa vascularité favorise les épanchements sanguins dans son parenchyme ou dans l'abdomen, et la contusion peut occasionner sa phlegmasie générale ou partielle, et par suite des abcès (voir ces articles). La contusion avec déchirure est grave, et l'on ne peut affirmer que la guérison en soit possible, bien que Sanson ait cru pouvoir attribuer à des cicatrices de ce genre les traces linéaires qu'il a rencontrées chez plusieurs sujets. Il est une espèce de contusion, de déchirure par contre-coup, qui arrive quand on tombe d'un lieu élevé sur la plante des pieds, les jarrets tendus, ou sur les genoux et les fesses.

§ III. Plaies du foie.

Les plaies du foie ont été traitées à l'occasion des blessures de l'abdomen. (Voir cet article, t. XI, de la *Bibliothèque du médecin praticien*, p. 358.)

§ IV. Déplacements, hernies du foie.

On a cité quelques exemples de hernie du foie. (Voir *Hernie ombilicale*, dans ce volume, p. 323.)

§ V. Congestion, apoplexie du foie.

Nous avons traité avec soin ce sujet dans le volume consacré aux maladies des enfants ; nous n'y reviendrons pas.

§ VI. Induration du foie.

C'est une des terminaisons de l'hépatite. Les caractères anatomiques consistent dans une couleur rouge uniforme du foie qui se déchire très difficilement, et sous le rapport de sa couleur, de sa coupe lisse, de l'ensemble de ses propriétés physiques, on peut le comparer à une tranche de jambon maigre ; quelquefois le tissu du foie induré est d'un blanc verdâtre, disposé sous forme de lignes ou de plaques irrégulières, d'un vert brun foncé ou brunâtre.

Cet état n'offre pas de caractère particulier, si ce n'est le volume, quelquefois l'ictère et surtout l'hydropisie ascite.

§ VII. Atrophie du foie.

Cet état, signalé depuis longtemps par Morgagni et Lieutaud, est partiel ou général. L'atrophie porte, ou sur les deux substances (cellulo-fibreuse et granuleuse), ou seulement sur l'un des deux éléments dont se compose le foie. Quelquefois cependant le foie atrophié n'a pas diminué et a même augmenté de volume. C'est qu'à mesure que le tissu du foie a disparu, il a été remplacé par du tissu cellulaire; le foie est alors en quelques points réduit à sa trame primitive, et l'on trouve de larges plaques, où il n'existe plus qu'un tissu cellulaire assez dense. La percussion fait reconnaître une matité moins étendue que dans l'état normal, et à l'auscultation le bruit respiratoire est perçu plus bas qu'il ne l'est dans l'état naturel. Du reste, pas de douleur ou douleur peu marquée, mort par hydropisie ascite. (Voir cet article.)

§ VIII. Hypertrophie du foie.

On désigne sous ce nom l'accroissement de volume du foie par suite d'une nutrition plus active qui augmente le nombre de ses molécules sans altérer sa texture. Il ne faut pas confondre cet état avec l'augmentation de volume par suite d'une inflammation, d'une congestion ou la présence de productions accidentelles. L'hypertrophie du foie se rencontre chez les jeunes sujets, et plus tard chez les sujets scrofuleux. La couleur du foie hypertrophié peut être très pâle ou avec une teinte rouge beaucoup plus prononcée que de coutume, ou avec diverses teintes anormales, par exemple, une coloration grise ou d'un vert foncé, brun et même noir en plusieurs points. Il peut y avoir également conservation, ou augmentation, ou diminution de la consistance normale. Pour la forme, l'hypertrophie peut être uniformément développée; ou, si elle ne porte que sur quelques parties, ou sur une seule des substances de l'organe, le foie peut être déformé et présenter un aspect lobuleux, mamelonné, granuleux, surtout s'il y a atrophie de l'autre substance. L'hypertrophie peut être générale ou bornée à un seul lobe, le droit ou le gauche, qui prend un énorme développement, et l'autre lobe disparaît presque entièrement. Le foie ainsi hypertrophié peut offrir un poids de 10 à 20 ou 30 livres. Thomas Bartholin dit avoir trouvé chez une femme de quarante ans, après une suppression de règles, le foie pesant 40 livres.

Le palper et la percussion font reconnaître cette augmentation de volume; mais il ne faut pas oublier que le foie hypertrophié peut remonter très haut dans la poitrine en refoulant le diaphragme et le poumon; on l'a vu remonter jusqu'à la troisième vraie côte. Il arrive aussi que des épanchements pleurétiques abondants, ou des tumeurs développées entre le diaphragme et le foie, peuvent le refouler dans l'abdomen, et simuler une hypertrophie; l'ascite, l'ictère et des accidents du côté des voies digestives accompagnent souvent cette forme morbide.

§ IX. Foie granuleux, cirrhose.

« Il n'est pas rare, dit M. Cruveilhier, de rencontrer, en même temps qu'une ascite, un foie ratatiné, bouclé, granuleux à sa surface et dans son épaisseur. Presque toujours alors cet organe a considérablement diminué de volume. Il est difforme; sa couleur est d'un jaune de cire, ses membranes présentent des épaississements circonscrits et des plaques cartilagineuses. Ces granulations ne sont point des *tubercules* comme on le croyait avant les travaux des modernes; ce n'est point un *produit accidentel*, ainsi que le pensait Laennec, qui, le premier, a décrit cette altération sous le nom de *cirrhose*, en raison de sa couleur qu'il regarde comme un produit accidentel pouvant se développer au milieu de tous les organes. Elles ne sont point le résultat de l'hypertrophie de l'élément jaune avec disparition de l'élément brun; car il n'existe qu'un élément immédiat dans le foie, qu'une seule espèce de granulations. Une dissection attentive m'a démontré que dans les foies ratatinés et granuleux il y a atrophie, disparition complète du plus grand nombre des granulations restantes; il n'y a pas désorganisation, car l'étude attentive de la texture des grains glanduleux malades permet de reconnaître les mêmes caractères anatomiques que dans les grains glanduleux sains, c'est-à-dire la disposition spongieuse

à la manière de la moelle du jonc. Les foies dits *cirrhosés* me paraissent essentiellement des foies *atrophiés*. Voyez en effet la majeure partie des granulations, qui sont plus petites que des grains de mil; voyez encore la grande quantité de tissu fibreux qui existe dans l'épaisseur du foie. » (*Dict. de méd. et de chir. prat.* en 15 vol., t. VIII, p. 324.)

La cirrhose a pour résultat constant de produire l'ascite et la tension de l'abdomen qui, rempli de sérosité, ne permet pas de reconnaître l'état du foie par le palper, à moins qu'on n'y ait recours après l'évacuation du liquide par la paracentèse. Le foie est alors dans un état d'atrophie manifeste; sa surface est bosselée, irrégulière, inégale. Le malade succombe à la manière des hydropiques.

§ X. Dégénérescence graisseuse du foie.

Depuis longtemps cet état du foie a été constaté chez les phthisiques, mais c'est M. Louis qui a le premier bien établi le rapport de cet état anatomique avec la tuberculisation pulmonaire. Nous reviendrons sur ce sujet dans le volume suivant, article *Phthisie*. Nous avons déjà parlé d'ailleurs de cette dégénérescence à l'occasion de l'hépatite chronique; nous y renvoyons aussi nos lecteurs.

§ XI. Tubercules du foie.

Ce sujet a été traité avec soin dans le t. VI, *Maladies des enfants*, p. 20. Nous y renvoyons nos lecteurs.

§ XII. Mélanose du foie.

On aurait de la peine à décider, d'après la plupart des observations contenues dans les ouvrages de Portal et autres sur les maladies du foie, si les taches noires que l'on a signalées dans le parenchyme de cet organe doivent ou non être rapportées à la mélanose. Dans certaines tumeurs, que l'on a regardées comme cancéreuses, la matière mélanosique a paru évidente, mais la teinte noire que présentent certains engorgements partiels doit être plutôt rapportée à un état sanguin, apoplectiforme. On trouve cependant, dans la 22e livraison de l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, un exemple très remarquable et très avéré de mélanose. Le foie fut trouvé à l'autopsie énorme et bosselé, et la mort était survenue au milieu d'accidents que l'on ne pouvait rapporter qu'à une inflammation aiguë du foie. Cet organe contenait un grand nombre de masses mélaniques dont le volume variait depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une truffe.

§ XIII. Tissu érectile du foie.

MM. Bérard et Hourmann ont trouvé dans le foie des tumeurs enkystées contenant un tissu érectile. Le petit volume de ces tumeurs et leur position font aisément comprendre que cette affection n'a pas dû, pendant la vie, être signalée à l'attention des observateurs par des symptômes appréciables.

§ XIV. Hydatides du foie.

Les hydatides du foie sont une maladie assez fréquente. C'est le plus souvent l'acéphalocyste multiple (*ac. socialis vel prolifera*) que l'on y rencontre; quelquefois cependant c'est l'acéphalocyste solitaire (*ac. eremita vel sterilis*); il n'y en a pas plus alors de deux ou de quatre : on a pourtant cité des cas où toute la substance du foie est convertie en une grande quantité de vessies (Ruysch).

C'est surtout dans le lobe droit que se trouve l'acéphalocyste multiple. L'hydatide mère contient quelquefois des centaines d'hydatides; elles sont variables d'ailleurs de grosseur, depuis celle d'un grain de millet jusqu'à la grosseur du poing. Le liquide dans lequel elles nagent est ordinairement assez considérable, quelquefois énorme; on en a vu qui contenaient jusqu'à 20 pintes de liquide (Bianchi). Ce liquide est peu limpide, offre une teinte jaunâtre et quelquefois forme une espèce de gelée épaisse, qui est le détritus des hydatides.

Ordinairement le foie qui contient des hydatides augmente de volume et de poids; quelquefois pourtant il diminue au contraire.

ARTICLE VI.

Cancer du foie.

C'est une des affections les plus graves et les plus communes du foie.

Causes. — Les causes du cancer sont les mêmes que celles qui produisent ces dégénérescences dans les autres organes:

l'âge mûr, l'hérédité, la diathèse dite cancéreuse.

Caractères anatomiques. — Selon M. Cruveilhier, le cancer du foie, tantôt n'affecte qu'un seul point et envahit successivement les parties contiguës, tantôt il se développe sur un grand nombre de points à la fois, en laissant intactes toutes les parties intermédiaires. Cette dernière espèce constitue, d'après cet auteur, le *cancer par masses disséminées* et est la plus commune. Elle se manifeste sous deux formes: sous la forme dure ou squirrheuse, et sous la forme molle ou encéphaloïde. Celle-ci est souvent accompagnée d'un développement considérable de vaisseaux d'apparence veineuse, qui se déchirent avec la plus grande facilité : d'où les épanchements de sang qui donnent à ces tumeurs l'aspect d'une apoplexie du foie; d'où les innombrables variétés que présentent ces tumeurs, car le sang épanché peut éprouver une foule d'altérations.

« Que le cancer y soit primitif ou secondaire, dit M. Lebert, on le trouve à la surface sous forme de tubercules saillants, ou par masses arrondies, déprimées au centre. Dans l'intérieur du foie, on observe quelquefois des masses très volumineuses.

» Dans quelques cas, l'élément fibreux y est très développé, et le cancer du foie présente tous les caractères du squirrhe. Quelquefois on y rencontre des figures réticulées. Ordinairement la consistance du cancer du foie est plutôt molle et pulpeuse, offrant sur une coupe fraîche un aspect jaune, pâle, homogène, luisant, infiltré de beaucoup de suc cancéreux.

» Dans les masses cancéreuses considérables du foie, on trouve quelquefois un aspect caséeux et friable, provenant ou du mélange avec les éléments fibrineux, consécutifs aux épanchements sanguins, ou de la décomposition des globules cancéreux. Les masses tuberculeuses offrent souvent la plus grande ressemblance à l'œil nu avec l'aspect de l'encéphaloïde. Mais le microscope éclaire promptement tous les doutes.

» Les tumeurs cancéreuses du foie sont ordinairement entourées d'une vascularité bien prononcée. Quelquefois leur intérieur cependant paraît peu vasculaire, tandis que, dans d'autres cas, des réseaux vasculaires, et même de petites ecchymoses y existent en quantité notable.... Dans un cas, de très nombreuses petites masses cancéreuses étaient tellement entourées et traversées de vaisseaux, qu'au premier aspect le foie parut rempli de tumeurs érectiles, et l'on serait bien en droit de caractériser cette forme sous le nom de cancer hématode du foie. » (Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 360.)

Symptômes, diagnostic, marche et durée du cancer du foie. — Les douleurs lancinantes que l'on a l'habitude d'assigner aux affections cancéreuses manquent fréquemment dans le cancer du foie, et sous ce rapport, le diagnostic de cette maladie présente des difficultés assez grandes. Quand des tumeurs bosselées existent à la surface du foie, la maladie ne pourrait être confondue qu'avec des tubercules qui peuvent donner lieu à une sensation pareille : d'ailleurs, ces bosselures n'existent pas toujours, elles sont parfois remplacées par des dépressions dues au ramollissement de la matière cancéreuse; mais comme on n'a pas observé les tubercules du foie à l'état de ramollissement, cette succession même des phénomènes peut servir à éclairer le diagnostic. La difficulté est plus grande si ces tumeurs ne font pas saillie à l'extérieur, ce qui arrive fréquemment, s'il faut en juger par les observations de M. Andral, qui les a vues disposées ainsi six fois sur sept.

L'ictère manque parfois, et n'existe réellement que lorsque les canaux biliaires ont été oblitérés par la compression ou l'envahissement de la matière morbifique. Il en est de même de l'ascite, que l'on ne rencontre nécessairement que lorsqu'il y a obstacle au cours du sang dans la veine porte. M. Bouillaud fait observer avec raison, dans son article CANCER, du *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, qu'on ne doit attacher une valeur réelle à l'amaigrissement et à la teinte jaune paille de la face et aux autres signes de la cachexie cancéreuse, que lorsqu'il existe un ou plusieurs des phénomènes locaux que nous venons d'indiquer. Sous le rapport des symptômes, il y a donc, comme le dit avec non moins de raison M. Andral (*Clinique médic.*, t. IV, p. 432), un grand

nombre de nuances à établir entre celles de ces affections où il y a en même temps tumeur dans l'hypochondre droit, douleur dans cette même région, ictère, ascite, anasarque, et celles où il n'existe aucun de ces phénomènes morbides et où l'on ne reconnaît l'affection du foie qu'à l'autopsie. Quant à la marche, il est de ces affections qui offrent tous les caractères d'une maladie aiguë, qui font des progrès rapides, et se terminent en peu de temps par la mort; d'autres, au contraire, se prolongent un assez grand nombre d'années sans amener des symptômes d'une grande gravité. Les voies digestives offrent d'ailleurs, comme dans les autres affections du foie, des symptômes plus ou moins graves, tels que vomissements, diarrhée, dont on ne retrouve pas la cause directe à l'ouverture des cadavres, et qu'il faut attribuer à un effet sympathique.

Pronostic. — Comme on le pense bien, le pronostic du cancer du foie est extrêmement grave; et la mort en est constamment la terminaison au milieu d'accidents variés et au bout d'un temps plus ou moins long.

Traitement. — Le traitement ne peut être que palliatif. On doit s'attacher à combattre les symptômes qui se manifestent, soit localement, soit vers les organes voisins. On peut consulter à ce sujet les articles consacrés au traitement des autres maladies du foie ou des intestins, et essayer les médications conseillées contre le cancer en général.

ARTICLE VII.

Maladies de la vésicule biliaire.

§ I. Maladies diverses.

Nous ne traiterons ici ni de l'*ossification* de la vésicule, sans intérêt et assez rare, bien que parmi les annexes du tube digestif cet organe en paraisse le plus fréquemment atteint, et que Meckel l'ait trouvé du volume d'un œuf d'oie, et complétement osseux; ni de ses *hydatides*, dont on cite à peine un exemple; ni de ses *tubercules cancéreux*, qui ne sont guère plus communs; ni de ses *blessures*, dont nous avons traité à l'occasion des plaies pénétrantes de l'abdomen; ni de son *inflammation*, bien que M. Cruveilhier l'ait observée deux fois à l'état aigu, suivie de perforation dans un cas par ramollissement gélatiniforme, dans l'autre par gangrène; que M. Martin Solon y ait trouvé vingt-cinq ulcérations dont les unes n'intéressaient que la membrane muqueuse, les autres la presque totalité des tuniques, et deux seulement l'avaient complétement perforée, etc.; bien qu'encore son diagnostic ait attiré l'attention des observateurs; que P. Frank ait à tort pensé que l'absence de douleur à l'épaule droite pouvait la faire distinguer de l'hépatite; que la douleur concentrée sur la vésicule, les vomissements biliaires, et surtout la tumeur puriforme observée par M. Andral, forment un groupe de signes assez caractéristiques, et qu'enfin on en connaisse assez de cas pour savoir que la terminaison par résolution est la plus fréquente, nous ne nous arrêterons pas non plus à l'*atrophie*, à l'*occlusion* des voies biliaires par un calcul ou par une compression, par une bride extérieure, comme l'a vu M. Bérard, ou encore par le boursouflement du tissu sous-muqueux, ou, ce cas rentrant évidemment dans l'histoire des calculs biliaires, ainsi que l'hydropisie de la vésicule. L'œdème et la hernie de la muqueuse n'ont rien d'intéressant. Notons seulement avant de passer outre, que l'inflammation de la vésicule a été indiquée plus haut sans distinction entre l'état aigu et l'état chronique, et qu'elle peut s'étendre aux canaux biliaires.

§ II. Calculs biliaires.

On appelle ainsi des corps solides formés dans les voies biliaires par des précipitations répétées, aux dépens des substances que la bile tient normalement et anormalement en dissolution; en sorte que c'est toujours, comme le dit M. Andral, une altération de la sécrétion hépatique.

Causes. — C'est dans l'âge adulte qu'on les rencontre le plus souvent : extrêmement rares chez les jeunes gens, et surtout chez les enfants, puisque Guersant et M. Jadelot n'en ont jamais observé et que M. Gilbon est le seul qui en ait rencontré un sur un enfant de douze ans, ils sont si communs à quarante ans, qu'au rapport exagéré sans doute d'Heberden, il est peu d'hommes qui n'en aient à cette époque;

d'autres causes sont le sexe féminin, d'après F. Hoffmann, Haller et Sœmmerring; la vie sédentaire, celle des prisons, par exemple, ainsi que Sœmmerring l'a constaté; l'impression du froid; et sans doute une certaine alimentation, puisque M. Magendie en donnant à des carnivores la nourriture des herbivores leur a fait faire la bile des herbivores. Ceci démontrerait que l'alimentation modifie la sécrétion biliaire, et fortifie conséquemment la proposition que nous avons avancée.

Voilà les causes appréciables. Mais comment agissent-elles pour produire le phénomène chimique de la précipitation du calcul? La science est encore trop peu avancée pour répondre à cette question. Est-ce que le foie fait trop de cholestérine aux dépens d'un sang normal; ou si le liquide se débarrasse par la bile d'un excès de la cholestérine que, suivant F. Boudet, il contient toujours? Est-ce par la stagnation de la bile dans la vésicule, en dehors du mouvement circulatoire, que la partie liquide résorbée, la cholestérine se précipiterait? (Meckel.)

Voilà des hypothèses qui, pour être plus rationnelles que la suivante, n'en sont pas moins des hypothèses. En se fondant sur ce que la bile précipite par les acides, on a pensé que les acides développés par une mauvaise digestion remontent du duodénum dans les voies biliaires par le canal cholédoque. Mais les enfants, si souvent tourmentés par des acidités, n'ont pas de calculs biliaires, etc.

Caractères anatomiques. — Les altérations morbides devraient être étudiées : 1° dans l'organe sécréteur; 2° dans le produit de la sécrétion; 3° dans les canaux sécréteur et excréteur, et dans le réservoir; 4° dans les organes voisins consécutivement atteints; 5° enfin dans le sang. Notre ignorance nous force d'éliminer la première et la dernière question, la plus importante à coup sûr.

1° *Produit de la sécrétion.* — Il est évidemment modifié suivant sa qualité. Les calculs qui en résultent sont le plus souvent de cholestérine, puis de carbonate et de phosphate de chaux, de magnésie, d'oxyde de fer, d'albumine, de mucus, de matière colorante, de bile. D'autres sont presque en entier formés de charbon. — Le nombre en varie de 1 à 3000 : généralement il est en raison inverse du volume. En poussière arénacée, ils sont innombrables; quand le volume est considérable, le calcul est ordinairement unique. Meckel en décrit un de 5 1/2 pouces de long, de 4 1/2 pouces de circonférence, du poids d'une once six gros. Il n'est pas rare de n'en trouver qu'un d'un volume médiocre, et il a bien fallu que le plus volumineux fût petit d'abord. Leur forme n'est pas non plus indépendante du nombre, mais ils sont à facettes; pas toujours, cependant, comme le disent les auteurs, car on en a trouvé vingt-cinq parfaitement muriformes dans la même vésicule. Les gros sont ordinairement arrondis ou tuberculeux. Leur couleur variable est ordinairement brunâtre, jaunâtre, etc.; ceux qui sont taillés à facettes, sont ordinairement jaunis aux arêtes par la matière colorante de la bile. Ils s'écrasent en une poudre grasse au toucher. Leur siége est ordinairement dans quelques points de l'appareil excréteur, dans le foie ou hors du foie; quelquefois dans l'estomac on dans les intestins.

2° *Appareil excréteur.* — D'après l'hypothèse de Mareschal, les lésions de la vésicule seraient primitives et consécutives. Les lésions consécutives, qui sont sans doute les plus fréquentes, sont nulles quelquefois. Mais le plus souvent, si le calcul est fixe et obstrue l'organe excréteur, ce qui est au-dessus se dilate et s'irrite. On a vu des vésicules pouvant contenir 8 livres de liquide, qui, dans la vésicule oblitérée, est moins de la bile qu'un produit de sécrétion de la muqueuse enflammée; et dans les canaux, c'est un mélange de ces deux liquides s'il y a irritation. Lors même qu'il n'y aurait pas d'obstructions, surtout si le calcul mobile irrite les voies biliaires, elles présentent les altérations phlegmasiques, altérations qui compliquent souvent la dilatation.

3° *Organes voisins.* — Adhérence péritonéale consécutive à la cholécystite; fistule biliaire entre la vésicule et le côlon transverse, entre la vésicule et le duodénum, entre la vésicule et les parois abdominales, fistule par où s'engagent les calculs; enfin épanchement mortel dans le péritoine. Les fistules abdominales ont souvent un trajet

sinueux, et, chose remarquable, donnent parfois des calculs et point de bile.

Symptômes. — Ils peuvent être nuls. Il n'est pas rare que des calculs restent inoffensifs dans la vésicule pendant toute leur durée, quoique volumineux au point d'être sentis à travers la paroi du ventre ; d'autres fois, après s'être annoncés par des douleurs, ils habituent les parties à leur présence. Mais, le plus souvent, il en arrive autrement dans le principe : ce sont des symptômes vagues, tels que des douleurs épigastriques et dorsales du côté droit ; d'autres fois, ce sont des vomissements revenant à des intervalles éloignés et qui deviennent promptement périodiques, ainsi que les douleurs épigastriques, ce qui a fait plus d'une fois confondre l'affection avec l'hystérie. Teint jaunâtre. La douleur gagne parfois le sein droit et l'épaule droite ou se propage le long des conduits biliaires. Bientôt la gravité de ces symptômes augmente ; l'épigastre et l'hypochondre deviennent si douloureux, qu'ils ne peuvent supporter le plus léger vêtement ; vomissement de bile, peu d'ictère et point de fièvre, ce qui porte à croire que c'est une obstruction mécaniquec ausée par des calculs, surtout si l'on se rappelle que les symptômes reviennent par accès, dans l'intervalle desquels la santé est parfaite, ou laisse de légers signes d'irritation hépatique. Les accès se rapprochent et deviennent atroces et presque continus : urines jaunes, sueurs qui teignent le linge en jaune ; l'estomac ne peut rien supporter. Après tout cela, la fièvre survient quelquefois, ou une évacuation de calculs spontanée ou provoquée par les purgatifs, ou les signes de la cholécystite se déclarent avec leurs conséquences : péritonite, fistules, etc.

Diagnostic. — Le signe pathognomonique est l'évacuation de calculs par les selles, et, quand il manque, le retour fréquent et irrégulier des accès a presque autant de valeur. Les douleurs qui partent de l'estomac ne se font point autant sentir à droite, et elles ne donnent pas lieu à l'ictère, qui arrive toutes les fois qu'un calcul obstrue les canaux hépatique ou cholédoque, et que la vésicule est distendue ou enflammée (Andral). L'hépatite ne revient pas irrégulièrement et sans fièvre avec des douleurs très aiguës, comme dans l'affection calculeuse. Notons que quelquefois c'est à l'hypochondre gauche que la douleur est la plus vive.

Pour nous résumer sur ce point, nous dirons qu'on distinguera d'un abcès la vésicule distendue, à la collision des calculs qu'on perçoit parfois au toucher à travers la peau abdominale, à l'accroissement rapide de la tuméfaction antérieure, à la circonscription de la tumeur, à sa fluctuation dans toute son étendue, à la mollesse et à la mobilité des téguments qui la recouvrent et qui ne s'œdématient que lors de la suppuration. Il peut s'y joindre l'évacuation des calculs. L'abcès du foie, au contraire, est lent à se former et à donner des signes de sa présence. La tumeur n'en est pas circonscrite ; elle s'étend aux parties voisines et rend les téguments œdémateux. La fluctuation y est tardive et difficile à juger, et elle n'existe d'abord qu'au centre. Son pourtour est dur et gonflé, quel que soit le degré de la suppuration. Si l'on n'était appelé qu'au moment où l'abcès est formé, le diagnostic serait ou pourrait être embarrassant.

La tumeur formée par la vésicule biliaire se distingue des hydatides par la rapidité de son développement, et assez souvent par le frôlement, le frémissement particulier des hydatides qui d'ailleurs ordinairement n'offrent pas de fluctuation.

Il peut être important de reconnaître s'il y a ou non adhérence de la vésicule à la paroi abdominale. Suivant J.-L. Petit, les signes rationnels de cette adhérence se tirent de la longue durée de la maladie, de l'inflammation qui s'est plusieurs fois montrée à la région de la vésicule, des douleurs aiguës et toujours croissantes dans cette partie, enfin de la rougeur ou de l'œdème des téguments correspondants. Mais les meilleurs signes sont l'immobilité de la tumeur qui semble faire corps avec la paroi du ventre et l'empâtement des téguments, encore ces signes sont-ils loin d'être décisifs. Par sa position, la vésicule est naturellement peu mobile, et l'empâtement ne dit pas l'étendue des adhérences. Il est donc prudent d'attendre qu'un abcès se manifeste (Boyer).

L'oblitération des voies biliaires par une

compression extérieure, par une tumeur, par exemple, ou une bride pseudo-membraneuse, comme l'a observé M. Bérard pour le canal cholédoque, ne présente pas la forme par accès, etc. Nous ne parlerons pas des fistules biliaires ; voilà à peu près ce que le diagnostic de l'affection a de plus important.

Pronostic. — Les calculs biliaires sont quelquefois tout à fait innocents, mais c'est presque toujours une maladie fort douloureuse et souvent fort grave. La mort peut arriver par l'atrocité des coliques hépatiques, par une péritonite survenue par propagation de l'inflammation, ou à la suite d'un épanchement de bile, par l'étranglement interne que causent les calculs en obstruant l'intestin grêle (Monod) ou le gros intestin (Leigh, Thomas). Ces terminaisons funestes sont rares cependant.

Traitement. — Trois indications : calmer la douleur par l'opium et les antispasmodiques ; faire disparaître les calculs, ou chimiquement avec une mixture de trois parties d'éther sulfurique et de deux parties d'essence de térébenthine à la dose de 2 scrupul. d'abord (Sœmmerring, Richter), ou par des purgatifs, ou enfin, pour ceux de la vésicule, avec le bistouri, qui doit, suivant J.-L. Petit, inciser la vésicule adhérente, et se borner, suivant Boyer, à ouvrir l'abcès, d'où l'on peut extraire le calcul qui se présente. M. Récamier a employé la potasse pour déterminer des adhérences. M. Littré se demande si, à l'exemple de M. Bégin, pour les kystes séreux, on ne pourrait pas, par des incisions progressives et ménagées, aller d'abord jusqu'au péritoine et attendre deux jours pour être sûr des adhérences.

La troisième indication, qui peut se présenter avant ou après la disparition du calcul, se remplit par les antiphlogistiques.

Alimentation animale douce, exercice, vêtements contre le froid. Il serait important de comparer les signes de l'affection chez les herbivores et chez les carnivores, et, dans chacune de ces classes, suivant l'espèce de nourriture ; si le résultat était satisfaisant, ce serait un moyen puissant de traitement. (Fauconneau Dufresne, *La bile et ses maladies* dans *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XIII, p. 36 et suiv.)

CHAPITRE VII.

MALADIES DE LA RATE.

L'histoire des maladies de la rate est peu avancée ; la principale cause en est dans l'ignorance où l'on est encore des fonctions de ce viscère. Nous aurons donc peu de chose à dire sur ce sujet, et nous nous contenterons de rapporter ce que les auteurs ont donné d'un peu précis sur la splénite.

ARTICLE PREMIER.

Maladies diverses de la rate.

La rate est pourtant sujette à des lésions diverses qui sont reconnues aux altérations anatomiques. Ainsi, on a trouvé dans la rate des adhérences avec le péritoine, des productions cartilagineuses, osseuses, etc. ; des matières hétérogènes, telles que des tubercules, des kystes séreux, hydatifères ; des obstructions des veines spléniques ; du pus, des abcès métastatiques, de l'hypertrophie, de l'atrophie, du ramollissement, de l'induration, des engorgements dont l'étude est naturellement renvoyée à l'article consacré aux *Fièvres intermittentes*. Quant au squirrhe et au cancer, il est douteux qu'ils aient été observés dans la rate. Les auteurs ont cité des cas d'hydropisie de cet organe fort remarquables. Dans un cas, la rate contenait 8 livres d'eau, dans d'autres 4, et jusqu'à 20. La rate est également soumise à des lésions traumatiques variées et nombreuses, à la rupture. Les causes de ces maladies sont les mêmes que celles que nous rapporterons à l'article *Splénite*, les symptômes et le traitement analogues ; nous renvoyons donc à cet article ce que nous avons à dire sur ce sujet.

ARTICLE II.

Inflammation de la rate (splénite).

On distingue deux espèces d'inflammation de la rate : l'inflammation de l'enveloppe séro-fibreuse (*périsplénite*), et l'inflammation du parenchyme propre de la rate (*splénite proprement dite*). Nous ne nous occuperons pas de la première espèce, qui se rattache à la péritonite ; l'inflammation du tissu propre de la rate, qui seule

doit trouver place ici, peut être aiguë ou chronique, primitive ou secondaire.

§ I. Splénite aiguë.

Symptômes. — « L'invasion est marquée par un ou plusieurs frissons auxquels succèdent de la chaleur, et bientôt après des sueurs abondantes; un abattement considérable ne tarde pas à se déclarer; il y a des nausées, de la tension à l'épigastre, et fort souvent des vomissements; un sentiment de gêne occupe l'hypochondre gauche, ou bien une véritable douleur s'y établit, et de là s'étend plus ou moins profondément dans l'abdomen ou dans l'épaule gauche. La région de la rate paraît soulevée, ou offre à la main une sorte de résistance; mais ces symptômes ne sont pas constants. Il y a de la soif; l'urine est claire d'abord, plus tard elle laisse déposer un sédiment briqueté; selon le docteur Rosch, elle est fort acide. La fièvre est forte, continue, ou marche par accès. Ces accès, dans les cas graves, tendent à se rapprocher, et deviennent irréguliers. En même temps que les désordres fébriles augmentent, l'état général s'aggrave; il survient des hoquets, des défaillances, et le ventre se ballonne. La diarrhée se déclare, et à cette diarrhée succèdent de l'agitation, du délire, et enfin un collapsus de plus en plus profond jusqu'à la mort, qui arrive cinq, six, huit ou dix jours après l'invasion. » (Dalmas, *Dictionn. de méd.* en 30 vol., t. XXVII, p. 259.)

Caractères anatomiques de la splénite aiguë.—M. Bouillaud signale comme signes de la splénite aiguë les caractères suivants: « Tuméfaction, gonflement, injection avec engorgement sanguin, puis ramollissement rouge, ramollissement blanc ou suppuratif, abcès et quelquefois ramollissement putrilagineux ou gangréneux.

» Les altérations dont il s'agit sont tantôt générales, tantôt partielles, selon que la splénite a été elle-même générale ou partielle. Le ramollissement, la suppuration, les abcès partiels et disséminés de le rate, se rencontrent dans les mêmes cas que le ramollissement et les abcès également partiels et disséminés du foie, du poumon, etc., c'est-à-dire dans le cours des graves phlébites, telles que celles qui surviennent après les grandes plaies, les grandes opérations, etc. Ils sont moins le résultat d'une inflammation directe du tissu propre de la rate que d'une phlébite capillaire qui s'est propagée à ce tissu, etc. » (Bouillaud, *Nosographie médicale*, Paris, 1846, t. III, p. 308.)

Diagnostic. — Le diagnostic de la splénite aiguë et chronique et des affections de la rate en général offre de grandes difficultés; comment, en effet, le poser d'une manière précise dans des affections si peu connues par elles-mêmes. L'engorgement circonscrit seul peut cependant suffire dans bien des cas pour distinguer l'affection de la rate de celles du foie, des intestins, du pancréas, etc.

Pronostic. — Il varie selon les causes, l'intensité des symptômes, la nature de la terminaison, etc. La splénite aiguë offre plus de danger que la splénite chronique; celle sans symptômes locaux est plus à craindre, toutes choses égales d'ailleurs, que celle qu'accompagnent la douleur et un accroissement de volume manifeste. La suppuration est toujours une circonstance fâcheuse, quoique dans certains cas des abcès de la rate aient guéri. L'ascite et l'anasarque sont des complications fâcheuses, mais cependant on a observé des guérisons malgré ces symptômes. Quand la splénite est liée à une fièvre intermittente, le danger est moindre; on a en effet dans le sulfate de quinine un moyen héroïque pour arrêter les progrès de la maladie et la dissiper.

§ II. Splénite chronique.

Symptômes. — « Plus commune que la splénite aiguë, dont elle est quelquefois la suite, la splénite chronique succède le plus souvent aux fièvres intermittentes, lorsque l'engorgement, premier effet de ces fièvres, ou des causes qui leur donnent lieu, passe à l'état inflammatoire.

» La transition de l'un de ces états à l'autre est presque toujours insensible, à moins qu'elle ne soit l'effet de quelque accident, d'une chute ou d'une imprudence. Pendant la durée de la maladie, les symptômes sont souvent si peu prononcés que rien ne l'annonce, et ce n'est qu'à l'ouververture du cadavre qu'elle est reconnue.

» D'autres fois, les symptômes ont plus d'intensité. Le malaise, dont la région hy-

pochondriaque était le siége, se change, surtout après une longue marche, en douleur réelle, et plus ou moins vive. Le pouls devient plus fréquent; il y a des mouvements fébriles irréguliers, que la moindre excitation provoque. Des hémorrhagies nasales ont lieu, et, suivant quelques anciens auteurs, c'est par la fosse nasale du côté gauche qu'elles s'opèrent. Le décubitus sur le côté droit est de jour en jour plus pénible. Le ventre se gonfle, les extrémités inférieures maigrissent; il survient de la toux, des palpitations, et peu à peu se développent tous les symptômes de l'ascite. La mort arrive au bout d'un temps plus ou moins long, par épuisement ou par l'effet de quelque accident, comme un épanchement purulent dans le péritoine, ou par le passage subit de l'inflammation à l'état aigu. » (Dalmas, *Dictionnaire de médecine*, t. XXVII, p. 263.)

M. Piorry, qui a étudié avec soin l'état de la rate et les symptômes qui signalent ses maladies, donne comme un signe bien positif de cette affection une coloration spéciale de la peau. « Lorsque la rate, dit-il, est depuis longtemps malade, la peau prend un aspect terne, une coloration grisâtre qui présente assez bien la nuance créole peu foncée, mais avec des tons moins chauds et plus cendrés. Ce sont surtout les téguments de la face où cette coloration frappe davantage. Ce n'est pas la teinte jaune d'ocre de l'ictère, ni la décoloration de la chlorose, etc., c'est une nuance tout à fait spéciale que l'on a fort ridiculement appelée *ictère bleu*.... Constamment, lorsque la teinte splénique se déclare, la sclérotique offre une teinte blanc-bleuâtre un peu terne, qui paraît au-dessous de la conjonctive. » (Piorry, *Traité du diagnostic et de séméiologie*, t. II, p. 287.)

Caractères anatomiques de la splénite chronique. — « L'engorgement avec induration du tissu de la rate est une des suites les plus remarquables de la splénite prolongée. L'augmentation de poids et de volume est quelquefois très considérable. Dans l'ouvrage de J.-J. Leroux (*Cours sur les généralités de la médecine pratique*), il est question de rates ainsi tuméfiées et engorgées, qui pesaient de deux à trois kilogrammes. Des kystes, des dégénérescences variées, connues sous les noms de *squirrhe*, de *cancer*, etc., peuvent se développer dans la rate, à la suite de phlegmasies prolongées de cet organe. » (*Loc. cit.*, p. 309.)

Traitement de la splénite aiguë et chronique. — Nous réunissons le traitement des deux formes de cette affection; ils offrent des points de contact tels qu'on ne peut guère les séparer.

La splénite aiguë s'accompagne d'une fièvre continue ou intermittente; nous n'établirons aucune discussion suivie à ce sujet; la question de savoir si l'engorgement de la rate est ou non inflammatoire dans les fièvres intermittentes n'est pas résolue, et nous renvoyons à l'article relatif à ces fièvres ce que nous avons à dire du traitement de cette forme; nous avons donc à nous borner à traiter de la splénite aiguë et chronique simple.

Quand la fièvre est continue dans la splénite aiguë, on doit avoir recours aux antiphlogistiques et aux émollients, comme dans le traitement de toute autre phlegmasie, en ayant soin d'insister sur les saignées générales et locales, selon l'âge et les forces du malade et l'intensité des symptômes; c'est au début surtout que l'on doit insister sur ces moyens; on joindra aux saignées l'emploi des bains émollients, des boissons délayantes, des cataplasmes émollients; diète sévère.

« Dans la splénite chronique, dit Dalmas, le traitement sera dirigé d'après les mêmes principes, et ne différera que par une moindre énergie; on préférera les saignées locales aux saignées générales, et s'il y a des accès périodiques, on donnera le sulfate de quinine avec les précautions ordinaires (v. *Fièvres intermittentes*). Cette conduite est encore celle que l'on doit tenir lorsque la splénite chronique est tout à fait sans fièvre, et lorsque l'engorgement d'origine miasmatique et devenu inflammatoire a résisté aux antiphlogistiques seuls. C'est dans ce cas en particulier que l'on a vu de merveilleux effets du sulfate de quinine porté à la dose de 12 à 15 décigrammes et même plus, ce qui est d'autant plus facile que l'on n'est pas gêné par le prompt retour des accès, comme lorsqu'il y a fièvre. » (Dalmas, *loc. cit.*, t. XXVII, p. 269.)

CHAPITRE VIII.

MALADIES DU PANCRÉAS.

Les maladies du pancréas peuvent difficilement être reconnues pendant la vie; l'anatomie pathologique a seule pu faire apprécier les divers états morbides auxquels cet organe est soumis; sa situation profonde, le peu de sensibilité dont il est doué comparativement au foie, à l'estomac et aux intestins dont il est entouré, la marche lente et obscure de ses maladies, la faible réaction qu'elles exercent sur l'organisme, empêchent de distinguer les phénomènes symptomatiques propres aux affections du pancréas, de ceux que l'on observe dans les maladies des autres organes de l'abdomen.

ARTICLE PREMIER.

Maladies diverses du pancréas.

Le pancréas est néanmoins, comme les glandes salivaires dont il partage la structure, soumis aux lésions les plus diverses et les plus graves. Parmi ces lésions l'inflammation tient le premier rang; viennent ensuite les déplacements, les lésions traumatiques, les dégénérescences, hypertrophie, atrophie; transformation graisseuse (Dupuytren), tubercules, cancer, etc., sur lesquels nous n'insisterons pas, car ces états se trouvent indiqués dans les maladies des divers organes qui l'entourent et avec lesquels il a les rapports les plus intimes.

ARTICLE II.

Inflammation du pancréas (pancréatite).

« Dans l'état actuel de la médecine, il n'existe pas, que je sache, de cas authentiques d'inflammation primitive et isolée du pancréas; mais dans les inflammations des parties, au milieu ou dans le voisinage desquelles cet organe se trouve placé, et pour ainsi dire caché, il n'est pas très rare de le voir participer aux lésions *anatomiques* qui ont été la suite de ces inflammations; toutefois c'est particulièrement avec la duodénite que coïncide la pancréatite : celle-ci est à celle-là ce qu'est à la stomatite l'inflammation des glandes salivaires, à l'iléite l'inflammation des glandes mésentériques, etc. » (Bouillaud, *Nosographie médicale*, t. III, p. 314.)

La pancréatite, en effet, est presque toujours chronique; cependant dans sa thèse soutenue en 1830 à Strasbourg, M. le docteur Bécourt, outre les faits assez nombreux qu'il emprunte à Bartholin, Morgagni, Blankard, Baillie, Haggard, etc., et dans lesquels les caractères anatomiques de la pancréatite chronique sont exactement indiqués, cite une observation de pancréatite aiguë faite par Schmackpfeffer (Halle 1817), et dans laquelle les symptômes de cette maladie ont été assez nettement tranchés pendant la vie. Appuyé surtout sur ce fait, nous admettons une pancréatite aiguë et une pancréatite chronique.

§ I. Pancréatite aiguë.

Dans le fait de Schmackpfeffer, la femme qui en fait le sujet avait été soumise à un traitement mercuriel, à la suite duquel elle fut prise d'un ptyalisme abondant : à cet accident se joignirent les symptômes suivants, qui semblent pouvoir constituer les caractères de la pancréatite :

Tension épigastrique, avec chaleur, douleur fixe, obtuse et profonde s'étendant à droite; nausées, vomissements bilieux, diarrhée abondante de matières jaunes et aqueuses d'abord, puis d'un *liquide ressemblant à la salive.*

J. Frank admet aussi l'existence de la pancréatite aiguë et lui assigne les caractères suivants : « Fréquence du pouls, augmentation de la chaleur de la peau, sécheresse de la bouche, soif, insomnie, anxiété. Ce dernier symptôme se fait sentir dans la région épigastrique, qui est souvent brûlante, qui quelquefois offre des pulsations et qui est toujours douloureuse, surtout au toucher et sous l'influence des efforts de la toux et de l'éternument. La douleur de l'épigastre se fait sentir tantôt à droite, tantôt à gauche, et quelquefois elle s'étend jusqu'au rein; à cette douleur en répond une analogue dans le dos. Quant à la manière dont se couchent les malades, elle n'est point toujours la même. L'abdomen est parfois tendu dans toute son étendue, le ventre souvent resserré, et d'autres fois fournissant des évacuations al-

vines séreuses ou sanguinolentes. A moins qu'il ne survienne des vomissements de matières soit limpides, visqueuses ou bilieuses, il se manifeste au moins des nausées et des vomituritions accompagnées quelquefois d'un sentiment d'ardeur qui remonte le long de l'œsophage. » (J. Frank, *Pathologie interne*, édit. de l'*Encycloped. des sc. méd.*, t. VI, p. 546.)

« Quand l'inflammation est très vive, dit à son tour Mondière, on observe des douleurs aiguës à l'épigastre; le plus souvent alors il y a tuméfaction du pancréas, et l'on sent quelquefois une tumeur circonscrite presque circulaire, sensible à la pression, et que l'on peut jusqu'à un certain point, distinguer de celle formée par un squirrhe du même organe, parce qu'on la sent céder sous une pression soutenue. » (*Archives de médecine* 2e série, t. II. p. 153.)

Causes. — Ce sont, dit Frank, les violences extérieures, les émétiques énergiques, les hernies étranglées, peut-être les vers, l'inflammation du duodénum. (M. Bouillaud admet aussi cette cause comme la plus fréquente); les autres maladies de la cavité abdominale, l'abus des aliments irritants, des liqueurs alcooliques, des purgatifs, l'habitude excessive de fumer et de mâcher du tabac, l'administration prolongée du quinquina.

Caractères anatomiques. — Dans le seul fait bien avéré de pancréatite aiguë que nous avons cité, le pancréas fut trouvé rouge, tuméfié, plus consistant que dans l'état normal; sa substance incisée laissait écouler des gouttelettes de sang; le canal excréteur était très dilaté. Le pancréas d'ailleurs avait acquis un poids de huit onces.

Traitement de la pancréatite aiguë. — Les évacuations sanguines, locales ou générales, les bains tièdes et prolongés, les fomentations, les cataplasmes émollients, les boissons délayantes variées selon qu'il y aura complication de diarrhée ou de constipation, peuvent être mis en usage. Les sudorifiques pourraient réussir, car Harlen a vu des cas de pancréatite se terminer par une sueur abondante; si la maladie semblait vouloir se terminer par suppuration ou passer à l'état chronique, on devrait recourir aux révulsifs cutanés.

§ II. Pancréatite chronique.

Les *symptômes* de la pancréatite chronique sont à peu près les mêmes que ceux de la pancréatite aiguë; ils sont seulement moins tranchés.

Comme dans la pancréatite aiguë, il existe dans la région épigastrique une douleur qui augmente par la pression et par la distension de l'estomac, et une tumeur plus ou moins bien circonscrite, tumeur que Mondière dit avoir reconnue dans la pancréatite aiguë, tandis que J. Frank dit ne l'y avoir jamais constatée. Les malades rendent chaque matin, par le vomissement, un liquide analogue à la salive, et mêlé de mucosités. Immédiatement après, il survient une évacuation d'une liqueur limpide, quelquefois acide et qui ne s'arrête qu'après l'ingestion d'une boisson un peu chaude. M. Bécourt et Mondière rapportent, d'après le docteur Eyting, un cas dans lequel survint une diarrhée, dont les matières évacuées ressemblaient tout à fait au liquide qui était rejeté par la bouche. Quelquefois, au contraire, on a observé de la constipation, et le pyrosis. La tumeur du pancréas fait souvent éprouver au malade la sensation d'un poids incommode qui répond au bas de la région dorsale. Elle est quelquefois sensiblement soulevée par les pulsations de l'artère aorte, l'émaciation générale arrivant dans la dernière période de la maladie. Pemberton assure que l'amaigrissement est extrême, qu'il surpasse ce qu'il est dans toute autre maladie et que c'est aux individus atteints de maladie organique du pancréas qu'on peut appliquer avec juste raison cette expression figurée : *la peau est collée sur les os.*

Caractères anatomiques. — Ils sont très variés dans la pancréatite chronique. Quelquefois le pancréas est rouge, tuméfié, induré; d'autres fois il est ramolli et comme spongieux; dans le plus grand nombre des cas on a trouvé, au milieu du pancréas, du pus, le plus souvent réuni en foyer, et souvent des abcès, qui tantôt n'occupaient qu'une portion limitée de l'organe, et tantôt existaient dans toute son étendue.

Le traitement de la pancréatite chronique diffère peu de celui de la pancréatite

aiguë et des affections chroniques des autres organes de l'abdomen. Aux sangsues, aux bains, aux cataplasmes et aux révulsifs cutanés, on ajoutera des laxatifs, des purgatifs répétés si le malade éprouve une constipation rebelle; contre la diarrhée on aura recours aux opiacés, aux astringents ; les vomissements seront combattus par les calmants et les antispasmodiques ; enfin, selon les circonstances, on aura recours aux résolutifs, à certaines eaux minérales, aux préparations antimoniales et iodées, au camphre que préconisait Heinecken, au chlore qu'Eyting recommandait, au calomel, au savon médicinal ; et au régime végétal et lacté que Pemberton préférait à tous les médicaments.

Quant au traitement des autres affections organiques qui peuvent atteindre le pancréas, nous croyons n'avoir rien à ajouter aux indications que nous fournit l'étude des affections organiques de l'estomac, des intestins, du foie, etc.

FIN DU TOME ONZIÈME.

TABLE DES MATIERES

CONTENUES DANS LE TOME ONZIÈME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME ONZIÈME.